

Docteur Simone DESHAYES

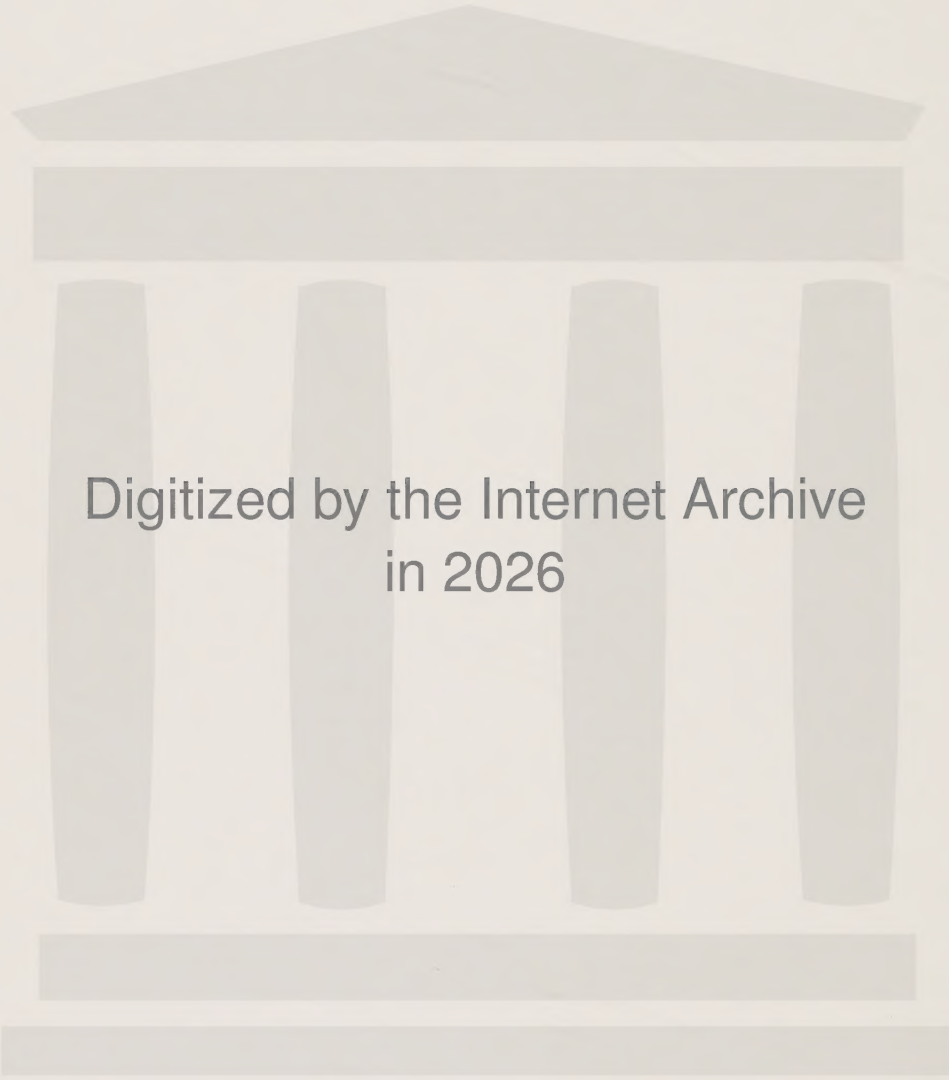
STERILITE, ADOPTION, GROSSESSE

A PROPOS DE 8 OBSERVATIONS PERSONNELLES

EDITIONS DE L'A.G.E.L.

72, rue Etienne Richerand - 69003 LYON

1978



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Docteur Simone DESHAYES

STERILITE, ADOPTION, GROSSESSE

A PROPOS DE 8 OBSERVATIONS PERSONNELLES



EDITIONS DE L' A.G.E.L.

72, rue Etienne Richerand - 69003 L Y O N

1978



U N I V E R S I T E C L A U D E - B E R N A R D

Président de l'Université:Professeur GERMAIN D.
Premier Vice-Président:Professeur ELBBAZ E.

Secrétaire Général:M.RAMBAUD J.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS-CARREL:Professeur MORNEX R.
GRANGE-BLANCHE:Docteur SALLE B. (Maître de Conférence Agrégé)
LYON-NORD:Docteur NEIDHARDT J.P. (Maître de Conférence Agrégé)
SUD -OUEST:Professeur NORMAND J.

BIOLOGIE HUMAINE:Docteur REVILLARD (Maître de Conférence Agrégé)
TECHNIQUES DE READAPTATION:Docteur MORGON A. (Maître de Conférence Agrégé)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES:Professeur BIZOLLON C.A.
SCIENCES ODONTOLOGIQUES:Docteur VINCENT R.
INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE:M.MILLON A.
MATHEMATIQUES:Professeur COMBET E.
PHYSIQUE:Professeur DELMAU J.
CHIMIE ET BIOCHIMIE:Professeur HUET J.
SCIENCES DE LA NATURE:Professeur GINET R.
SCIENCES PHYSIOLOGIQUES:Mle le Professeur WORBE J.F.
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n°1:Professeur POUYET B.
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n°2:Professeur GALLET
OBSERVATOIRE:M. MONNET Guy-Astronome Adjoint
PHYSIQUE NUCLEAIRE:Professeur GUSAKOW M.
U.E.R. DE MECANIQUE:Professeur COMTE-BELLOT G.

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE L'U.E.R. ALEXIS-CARREL

1er cycle:

Anatomie:M.le Professeur BOUCHET Alain
Biologie:M.le Professeur GIROD Christian
Chimie-Biochimie:M. le Professeur COLOBERT Louis
M. le Professeur NOFRE Claude(M.C.A.)
Histologie-Embryologie-Cytogénétique:M.le Professeur GIROD C.
Mathématiques-Statistiques:M.le Professeur SITE J.
Physiologie:M.le Docteur PELLET M. (M.C.A.)
M.le DocteurSCHMITT M. (M.C.A.)
Physique-Biophysique:M.le Professeur BERGER M.
Psychologie Médicale:M. le Professeur GUYOTAT J.
Sciences sociales et économie médicale:M.le Professeur ROCHE L.

2ème cycle:

Anatomie pathologique:M.le Professeur TOMMASI M.
M.le Docteur LOIRE R. (M.C.A.)
Bactériologie:M.le Professeur FLEURETTE J.
Cardiologie:M.le Professeur DELAHAYE J.P.
M.le Professeur GONIN A.
Chirurgie cardiaque:M.le Professeur MARET G.
Chirurgie digestive:M.le Professeur FRANCILLON J.
Chirurgie générale:M.le professeur LIARAS H.
M.le Docteur SPAY(M.C.A.)
Chirurgie infantile:M.le Docteur DAUDET(M.C.A.)
Chirurgie osseuse-Orthopédique:M.le Professeur de MOURGUES G.
M.le Docteur COMTET(M.C.A.)
Dermatologie:M.le Docteur PERROT (M.C.A.)
Endocrinologie:M.le Docteur BERTHEZENE F. (M.C.A.)
Gastro-entérologie:M.le Professeur BEL A.
Génétique:M.le Docteur HERMIER M. (M.C.A.)
Gynécologie:M.le Professeur ROCHET Y.
M.le Docteur BREMOND A. (M.C.A.)
Hémobiologie:M.le Professeur MOREL P.
Hygiène :M.le Docteur MONIER J.C. (M.C.A.)
Maladies infectieuses:M.GIROUD M.,Professeur agrégé du Val de Grâce
Maladies du sang:M.le Professeur REVOL L.
Médecine expérimentale:M.le Professeur MORNEX R.
Médecine légale:M.le Professeur ROCHE L.
Médecine du travail:M.le Professeur BOURRET J.
M. le Docteur EYSSETTE (M.C.A.)
Néphrologie:M.le Professeur FRANCOIS B.
Neuro-chirurgie:M.le Professeur MANSUY L.
M.le Docteur FISCHER G. (M.C.A.)
Neurologie:M.le Professeur DEVIC M.
Obstétrique:M.le Professeur GARMIER R.

Ophthalmologie:M.le Docteur PAUPERT-RAVAULT (M.C.A.)
Oto-Rhino-Laryngologie:M.le Professeur MARTIN H.
Parasitologie:M.le Docteur BATTESTI
Pédiatrie:M.le Professeur FRANCOIS R.
Pharmacologie:M.le Docteur EVREUX (M.C.A.)
Pneumo-Phtisiologie:M.le Professeur TOURAINE R.
M.le Docteur BERNARD J.P. (M.C.A.)
Psychologie:M.le Professeur GUYOTAT J.
M. le Docteur MARIE CARDINE (M.C.A.)
Radiologie:M.le Professeur BUFFARD P.
M.le Docteur CHOLLAT L. (M.C.A.)
Rhumatologie:M.le Docteur MEUNIER P. (M.C.A.)
Sémiologie chirurgicale:M.le Docteur VIGNAL J. (M.C.A.)
Sémiologie médicale:M.le Professeur VIALA J.J.
Stomatologie:M.le Professeur DUMAS P.
Urgence-Réanimation:M. le Professeur DELEUZE R.
Mme le Docteur ESTANOVE S. (M.C.A.)
Urologie:M.le Docteur PERRIN J.

COMPOSITION DU JURY

MM.	le Professeur	Y. ROCHET (Président)	U.E.R.	Alexis Carrel
	le Professeur	A. NOTTER	U.E.R.	Lyon-Sud
	le Docteur	A. BREMOND (Maître de Conférence Agrégé)	U.E.R.	Alexis-Carrel
	le Professeur	J. COSNIER	U.E.R.	Sciences Physiologiques
	le Professeur	F. CHARVET (invité)	U.E.R.	Sud-Ouest

A mes parents

A Marian, mon mari

A Eve, ma fille

A ma famille

A mes amis

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Y. ROCHET

*Il nous fait l'honneur d'assurer la présidence
de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de
notre respectueuse reconnaissance.*

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur A. NOTTER

Monsieur le Docteur A. BREMOND

Monsieur le Professeur J. COSNIER

Monsieur le Professeur F. CHARVET

*Ils ont bien voulu s'intéresser à notre travail, et nous faire
l'honneur de le juger.*

*Nous les remercions de leur bienveillance et de l'attention
qu'ils nous ont témoignées.*

*Nous remercions tous ceux qui nous ont aidé
pour ce travail*

Madame Brochard

Madame le Docteur Labrunie

Madame Mégard

Monsieur le Docteur Mikaelian

Monsieur et Madame Carrabin

Monsieur et Madame Grivel

et l'association F.A.R.

P L A N

Introduction

- 1- Intérêt, 2 sujets-clefs: stérilité psychogène
adoption

- 2- Buts de la recherche

Première partie

- 1- Matériel

- 1-1- Recherche des cas

- 1-2- Refus

- 1-3- Repartition

- 2- Methodes

- Entretiens , questionnaires

- 3- Dossiers cliniques

Deuxième partie

- Résultats

Troisième partie

- Discussion , etude analytique de la littérature

- 1- Désir d'enfant

- 1-1- Motivations conscientes

- 1-2- Motivations extérieures

- Facteurs religieux

- Facteurs socio-culturels

- 1-3- Psychanalyse

- Angoisse de castration

- Oedipe

- Désir de procréation

- 2- Expérience de la stérilité

- 2-1- Déterminisme psychogène de la stérilité

- Mécanismes physio-pathologiques

- Recherches étiologiques

- 2-2- Le couple et la stérilité

- Vécu du couple stérile

- aide aux couples stériles

- Bonheur conjugal et stérilité

3- La voie de l'adoption

3-1- Transgression de l'interdit oedipien

3-2- Rôle des organismes d'adoption

3-3- Psychologie des mères adoptives

4- Grossesses après adoption

4-1- Observations de psychanalystes

4-2- Cas publiés dans la littérature

4-3- Travaux statistiques

Quatrième partie

Analyse et conclusions

1- Désir d'enfant et stérilité

2- Intervention médicale

3- Adoption

4- Grossesses-surprises

I N T R O D U C T I O N
=====

1- INTERET

Chaque gynécologue a rencontré, au moins une fois, le cas d'une femme stérile, traitée durant des années, sans succès, et devenue enceinte, dans les mois suivant une adoption. C'est ainsi, qu'après avoir été confrontés à une telle situation, dans notre entourage, nous avons été amenés à étudier plus particulièrement ce fait.

Cette heureuse circonstance, d'une maternité après adoption, est un sujet universellement connu; on y fait souvent référence, dès que l'on parle de stérilité ou d'adoption, et presque toujours en laissant entendre que l'adoption a joué un certain rôle dans la résolution de l'infertilité.

On comprendra aisément que cet évènement suscite l'intérêt des médecins, comme des non-médecins, en considérant qu'il rassemble deux sujets-clefs: la stérilité psychogène et l'adoption.

- La stérilité psychogène

Que la fertilité puisse être soumise à des facteurs psychologiques est une idée qui remonte à la nuit des temps, comme en témoignent les mythes et les légendes qui s'y rattachent, et qui confèrent à la fertilité un caractère mythique, et quasi sacré. Parmi ceux-ci, on peut citer, très rapidement:

- les pèlerinages aux Vierges Noires, comme la très célèbre vierge de Czestochowa, en Pologne;
- la réputation de certaines eaux de sources ou de fontaines, qui s'est poursuivie jusqu'à nos jours;
- la légende de la Mandragore, pleine de symboles, puisque la racine de cette plante, réputée au Moyen-Age, pour son pouvoir de guérir la stérilité, a une forme qui rappelle grossièrement celle d'un enfant. Elle devait être récoltée sur des terres arides et mystérieuses, en particulier, au voisinage des gibets, où la terre était censée être fécondée par le sperme des pendus.

La stérilité a intéressé l'humanité, bien avant l'ère "scientifique", parce qu'elle se rapporte à une notion fondamentale pour la culture et l'inconscient collectif: le sens maternel, dimension psychologique qui dépasse et déborde le simple fait physiologique qu'est la maternité(58). Dans la psychologie des hommes et des femmes, le sens maternel, comme on le verra plus loin, revêt une importance essentielle.

Il faut remarquer aussi que cette notion de stérilité psychogène, qui a déclenché une si abondante littérature, et tant d'âpres controverses, illustre le mythe à la mode de la toute-puissance de la médecine psycho-somatique (qui a remplacé la toute-puissance magique) qui peut déclencher des fécondations, dans ces cas de stérilités où la médecine traditionnelle a été tenue en échec.

- L'adoption

L'opinion publique se passionne, à intervalles réguliers, pour des affaires dramatiques d'enfants adoptés, et l'art journalistique fait prendre parti pour l'une ou l'autre des mères.

Mais en dehors de ces flambées d'intérêt pour l'adoption, on doit constater que c'est un sujet constant de publications, articles, romans, voire émissions de télévision ou feuilletons! Cette préoccupation constante des non-adoptants peut apparaître disproportionnée, si on la compare au chiffre des adoptions en France, qui était de 2400, pour l'année 1975, sans cesse en décroissance, et au faible nombre de problèmes posés par les adoptés. Un tel intérêt n'est pas surprenant, dit Michel Soulé (79), car, pour l'homme, tout ce qui entoure la filiation est source de réflexion et d'inquiétude.

Il faut rappeler que la procédure d'adoption, telle que nous la connaissons, est très récente. Au siècle dernier, un enfant ne pouvait être adopté avant l'âge de 21 ans. La loi qui permet l'adoption des mineurs ne date que de Juin 1923. La législation a subi une remarquable évolution, ramenant l'âge de l'adoptant de 40 à 35 ans, puis à 30 ans, s'il y a plus de 5 ans de mariage.

L'intention même de la loi, a aussi évolué: antérieurement, elle tendait à préserver l'intérêt de la famille d'accueil; maintenant, elle se préoccupe de sauvegarder les intérêts de l'adopté, lui conférant le statut d'enfant.

Il est vrai que les mentalités, aussi, ont beaucoup évolué, depuis 25 ans et qu'en particulier, l'ancien tabou des liens du sang n'est plus guère pris en considération. On accorde moins d'importance, aujourd'hui, à ce qui est inné, et plus à ce qui est acquis. On rencontre même une tentative de rationalisation à outrance chez certains parents, qui refusent toute importance à l'hérédité, et prétendent que l'affection et l'éducation font tout, manifestant une importante réaction défensive. Mais, qu'elles soient farouchement dénigrées, ou consciemment reconnues, les craintes de l'hérédité demeurent l'un des fantasmes des parents adoptifs, à côté de la crainte de la révélation, et la crainte de la mère naturelle. Ces fantasmes, actifs pendant la période d'attente de l'enfant, sont bien souvent balayés par son arrivée.

L'intérêt soulevé par la fantasmagorie qui entoure l'adoption n'est pas récent, il a toujours existé, comme en témoignent les nombreux mythes qui reprennent ce thème. La plupart des héros mythiques, fondateurs de religions, de cités, ou de civilisations, sont des enfants abandonnés, souvent au fil de l'eau, comme Moïse, recueillis et adoptés, par des animaux tutélaires, ou par des humains.

Il faut réserver une place toute particulière à l'histoire d'Oedipe fils de Laïos, roi de Thèbes, et de Jocaste, qui fut abandonné après le terrible avertissement de l'oracle. Il est recueilli par Polybe et Mérope, souverains de Corinthe; mais devenu adolescent, il s'enfuit, troublé par l'injure d'un valet, qui l'a traité de bâtard, et rencontre ses parents naturels, avec les conséquences que l'on sait.

On peut donc dire, avec Michel Soulé (79), que l'adoption est au coeur du monde oedipien.

2- BUTS

C'est pour avoir cotoyé un couple qui a vécu une telle circonstance que notre intérêt a été éveillé, et a suscité cette étude, sur un aspect très particulier de la stérilité. En effet, ces cas de grossesses après adoption sont des exemples indéniables de stérilité psycho-somatique, prolongée pendant un temps assez long, souvent une dizaine d'années.

Les couples qui se sont trouvés dans cette situation ont vécu leur état de couples stériles jusqu'à son extrême limite: ils ont du renoncer à l'espoir d'obtenir un enfant, et ils ont vécu l'échec douloureux de la stérilité, jusqu'au moment où ils se sont tournés vers l'adoption.

La science médicale, également, a abouti à une impasse, dans ces cas-là. Après avoir essayé, sans succès, divers traitements, le médecin, en dernier recours, conseille l'adoption, admettant la mise en échec du pouvoir médical. Et pourtant, ces couples étaient réellement féconds, comme le prouve la conception consécutive à l'adoption!

Deux questions se posent alors, devant une telle situation: l'une concerne la nature de l'inhibition qui peut peser sur la fécondité, l'autre, le rôle que l'adoption est susceptible de jouer dans la réversibilité de cet état.

2-1- Inhibition de la fécondité

Une première hypothèse peut être formulée: des facteurs inconscients se sont opposés à une fécondation, pourtant possible, si puissants qu'ils n'ont pu être vaincus que par l'adoption, conjurant cette pseudo-stérilité.

Une étude centrée sur la recherche de ces facteurs d'opposition est une voie détournée pour aborder la compréhension des phénomènes de la fécondation. Selon l'expression de J. Belaïsch (9), il faut tant de coïncidences heureuses pour qu'un oeuf se forme, descende le long de la trompe, survive dans l'utérus, puis s'implante et se développe, que l'on demeure toujours étonné du miracle de chaque conception. Le déroulement des différentes phases de la fécondation est bien connu, ainsi que leur régulation; les ordres de l'hypothalamus, transmis selon le "langage hormonal" ont été décodés et même reproduits synthétiquement. Mais certains aspects de la fécondation humaine demeurent encore mal connus, si bien qu'on rencontre parfois des couples inféconds "normaux" dont l'anomalie est impossible à détecter, dans l'état actuel des connaissances. Dans le cas où l'infécondité de ces couples est infirmée par l'adoption, on peut mettre en cause un facteur agissant au plus haut niveau, un facteur "psychique", capable de perturber l'ordonnateur de la fonction de reproduction, l'hypothalamus, provoquant ainsi l'arrêt de cette fonction.

2-2- Rôle de l'adoption

L'adoption peut alors être considérée comme la circonstance particulière qui a permis la levée de l'interdit inconscient qui empêchait la fécondation, en permettant à ces couples de devenir des parents, malgré eux, pourrait-on dire.

Puisque c'est l'état de parents adoptifs qui leur a permis de devenir de vrais parents, on peut penser que l'interdit qui existait dans leur inconscient concernait les motivations du désir d'enfant. Bien qu'ils aient souffert de leur stérilité, et recherché la guérison, au niveau conscient, il semble qu'au niveau inconscient, ces couples subissaient une inhibition du désir d'enfant.

Au cours de ce travail, nous n'avons jamais voulu prouver, ni démontrer quoique ce soit, nous n'avons cherché qu'à comprendre.

P R E M I E R E P A R T I E
=====

MATERIEL ET METHODES

1- MATERIEL

1-1- Recherche des cas

Le problème majeur que nous avons eu à résoudre a été celui de la recherche des cas. En effet, ces stérilités échappent au domaine médical; une fois la décision d'adopter prise, les couples infertiles cessent toute relation, en général, avec leur médecin, pris par d'autres préoccupations.

Donc il a fallu avoir recours aux professionnels de l'adoption, qui ont plus facilement connaissance de telles situations.

Nous avons ainsi suivi trois voies pour rechercher ces cas:

- par l'intermédiaire de la D.A.S.S.
- par l'intermédiaire d'oeuvres privées d'adoption
- par relations personnelles.

-Les assistantes sociales du service d'Aide à l'Enfance, de la D.A.S.S. ont accueilli très favorablement notre requête, et après diverses péripéties administratives, ont envoyé 11 lettres à des couples qui avaient conçu un enfant, alors que leur dossier de demande d'adoption était en cours. On demandait, dans ces lettres, un accord, pour que les noms et adresses de ces couples puissent nous être communiqués. Après six mois d'attente, il n'y a eu aucune réponse. Nous verrons plus loin que ce refus est probablement en rapport avec l'image que les candidats à l'adoption se font de l'administration, qui détient le pouvoir de leur accorder, ou non, un enfant.

-Une oeuvre privée, l'Association des Familles Adoptives du Rhône, nous a beaucoup aidé, nous apportant 4 cas.

Cette association est destinée à procurer aide et soutien aux parents adoptifs. Grâce à elle, des parents en instance d'adopter, ou nouveaux venus dans l'adoption, rencontrent des parents adoptifs chevronnés, qui leur permettent de mieux affronter leurs problèmes.

Une autre oeuvre nous a opposé un refus catégorique.

-Nous avons recueilli 4 cas par relations personnelles, portant ainsi à 8 le nombre de dossiers étudiés en 1 an.

1-2- Refus significatifs

Nous nous sommes heurtés, par deux fois, dans les mêmes circonstances, à des refus catégoriques.

Le premier est venu d'une famille, pourtant contactée par l'intermédiaire d'amis très proches, qui a refusé l'entretien sollicité, parce que leur premier enfant ignorait sa condition d'adopté, et parce qu'on ne voulait plus parler de cette situation.

Le second est celui d'une oeuvre, d'appartenance confessionnelle. Après avoir soulevé le délicat problème de l'anonymat, il nous fut répondu que, de toute façon, tout entretien avec ces familles était impossible, car, chez la plupart d'entre elles, on n'avait pas dit à l'enfant qu'il était adopté.

Il nous a paru intéressant d'essayer de comprendre les motifs de ces refus. Ce blocage des parents adoptifs, face à la révélation à l'enfant de la réalité de sa filiation, en dehors du risque encouru d'une découverte tardive par l'enfant, de la vérité, à un moment inopiné entraînant blessures et révolte, est significatif des fantasmes

auxquels les parents adoptifs sont confrontés. En niant l'adoption, ils entretiennent la fiction de la filiation naturelle de l'enfant. Aussi longtemps que l'enfant y croira, il demeurera le garant de l'efficacité de cette dénégation (M. Soulé) (77), et les parents continueront à se croire protégés de l'angoisse de l'évocation de leur stérilité et de sa blessure narcissique.

Dans ces cas d'adoption, l'enfant est considéré comme enfant-remède, en réparation de frustrations et de dévalorisations; mais c'est un remède ambivalent, car la présence même de cet enfant est la preuve constante de cette stérilité à laquelle les parents adoptifs tentent d'échapper.

Par ailleurs, informer l'enfant adopté de sa situation, entraîne les parents à aborder le problème de la procréation et de la sexualité; difficulté commune à tous les parents, qui doivent se trouver assez libres dans leurs mouvements affectifs pour pouvoir informer l'enfant sans angoisse, ni maladresse, difficulté accrue pour les parents adoptifs.

Ces deux refus se révèlent donc extrêmement intéressants, puisqu'ils illustrent la crainte de la révélation, chez des parents adoptifs angoissés.

1-3- Répartition

La plupart des personnes rencontrées au cours de ces entretiens résident dans la région lyonnaise: 3 couples à Lyon même, 2 dans la proche banlieue; mais les aléas de l'enchaînement de nos relations nous ont amené des témoignages bien plus lointains: 2 venant des Basses-Alpes et même l'un, venant du Mali, de coopérants français.

La majorité de ces couples sont d'un niveau social de cadre supérieur, quelques-uns commerçants; 2 sont de milieu très modeste.

Par ailleurs, cet échantillon de population ne présente pas de caractères distinctifs particuliers.

2- METHODES

La méthode de l'entretien a pu être utilisée pour les 5 cas régionaux. Mais, par suite de certaines réticences, ou de certains problèmes d'horaires, la plupart de ces entretiens n'ont pu avoir lieu qu'avec les femmes; nous n'avons pu rencontrer le mari qu'une seule fois.

Nos demandes d'entretiens, sauf les cas précédemment envisagés, ont toujours été favorablement accueillies, ces femmes paraissant même fières d'avoir à apporter leur témoignage. Pendant toute la durée de l'entretien, un magnétophone enregistrerait les propos tenus, et cet instrument n'a jamais été importun, sa présence étant admise comme normale.

Pour les cas plus éloignés, nous avons dû avoir recours au questionnaire expédié avec une lettre explicative, méthode plus difficile, car les données sont souvent réduites, mais qui nous a cependant permis de recueillir le récit de maris, puisque dans 2 cas, le mari a pris totalement en charge la réponse, et dans 1 cas, nous avons eu le témoignage simultané des deux époux.

3- DOSSIERS CLINIQUES

Observation n° 1 -Mme Claude A.

1- Apport de l'entretien

Mme A. a eu une enfance austère et solitaire de fille unique, très marquée par la personnalité de son père. Elle dit: "mon père était tout pour moi".

Elle s'est mariée à l'âge de 20 ans, avec un homme de 8 ans son aîné, fils unique lui aussi, de parents divorcés, et élevé par une grand-mère; homme taciturne, bon, mais peu expansif.

Elle reconnaît qu'elle s'est plus mariée pour avoir des enfants que pour trouver la condition de femme mariée. Petite fille, quand on lui demandait: "que feras-tu plus tard?", elle répondait invariablement: "je ferai des enfants".

Malgré un grave problème sexuel: mariage blanc durant plusieurs années, l'entente du couple paraît bonne. Au début, Mme A. se consacre à ses tâches ménagères, mais souffre bientôt du manque d'enfants. Elle finit par se résoudre à une défloration chirurgicale, qui laisse place à un vaginisme majeur. Mme A. se considère comme physiquement étroite, et comme elle ne pense pas qu'on puisse la soigner, ce problème de vaginisme demeurera irrésolu.

Cet état de choses se prolonge 12 ans. Sur les conseils d'un médecin, ne pouvant plus supporter le manque d'enfant, Mme A. se tourne vers l'adoption. Mr et Mme A. s'adressent à une oeuvre privée. Après de longues formalités, ils apprennent qu'ils vont pouvoir adopter un bébé de 3 mois.

C'est un prématuré, un garçon, en mauvaise santé, que Mme A. va chercher dans une clinique, en compagnie de sa mère et d'une amie. Ces deux personnes, à la vue du petit bébé sont envahies par une intense émotion, et ont les larmes aux yeux; alors que Mme A. très calme, se sent pénétrée du sentiment de sa responsabilité, et sait qu'elle réalise enfin ce pour quoi elle était faite: avoir un enfant.

Elle se consacre totalement au petit garçon, et lui donne tout l'amour qu'elle avait à donner: "je ne pouvais pas lui donner plus".

Alors qu'elle est en plein bonheur, un événement important se produit: le décès de son père. Ce deuil la touche profondément: "quelque chose s'est débloqué en moi, alors". Boulversée, elle part se reposer à la campagne, chez une amie.

Là, elle commence à ressentir certains symptômes, nausées, envies, prise de poids, qu'elle tourne en dérision. Son entourage, persuadé de sa stérilité, abonde dans son sens.

La grossesse, bien réelle, ne sera diagnostiquée qu'au 3^o mois, par un médecin étranger au cercle de famille.

C'est une surprise prodigieuse.

Le calcul de l'âge de la grossesse révèle que la fécondation a eu lieu 10 jours après l'annonce du décès du père.

A 34 ans, Mme A. accouchera d'un garçon, son deuxième enfant, dit-elle. L'accouchement sera difficile, un travail long, une dystocie du col, conduiront l'accoucheur à décider une césarienne. L'intervention se passe bien, et un beau garçon de 4 kg naît.

Bien que Mme A. prétende n'avoir jamais fait de différences, affectivement, entre ses deux fils, elle a parfois été obligée de reconnaître qu'elle donnait une nette préférence à l'aîné, celui qu'elle dit avoir porté 12 ans, puisque qu'elle l'a "attendu 12 ans".

2- Commentaires

Une certaine rigidité paraît dominer la personnalité de Mme A., rigidité qui se manifeste d'ailleurs par son attitude même, au cours de l'entretien, figée, ne trahissant aucune émotion, sauf à la fin, quand elle a abordé ses préoccupations actuelles au sujet de son fils adoptif, qui, pris par une relation amoureuse quitte le foyer familial, donc, la quitte, elle, sa mère.

Dans son récit, peu d'émotions transparaissent. Il semble qu'elle ne vit pas par elle-même, mais par les autres et pour eux: pour son père, puis pour son fils adoptif.

Son éducation, rigide et répressive, paraît être à l'origine de cette pauvreté émotionnelle, et fait qu'elle ne s'autorise pas à manifester ses émotions, et qu'elle semble ne pas avoir de plaisirs.

Même le jour de l'adoption, elle marque bien qu'elle n'est pas atteinte par l'émotion des personnes qui l'accompagnent, mais qu'elle se sent responsable; or la responsabilité fait appel à un lien social, non à un lien affectif.

L'autre trait caractéristique de sa personnalité est l'attachement à son père.

Il va de pair avec le précédent (rigidité et pauvreté émotionnelle), car une identification au père prédominante empêche l'identification à la mère, et tout ce qui est action et émotion féminine est refoulé.

Cet attachement infantile, témoin d'une fixation au stade oedipien, est à l'origine de la perturbation de la sexualité de Mme A. De la même façon que toute émotion est refoulée, la sexualité est frappée d'un interdit si fort, que Mme A. par son vaginisme rend toute pénétration impossible, à cause de son aspect dangereusement incestueux.

Le choix de son mari, aussi est significatif. C'est un homme plus âgé qu'elle, qualifié de bon, comme ayant donc un rôle protecteur et généreux: paternel; son mari est un substitut du père.

Son caractère taciturne et peu expansif fait penser qu'il subit les mêmes inhibitions, sentimentales et sexuelles.

Il semble que cet homme, certainement peu actif sur le plan sexuel, a supporté sans trop de désagrement la non-consommation du mariage, prolongée pendant plusieurs années.

Comme l'ont observé Masters et Johnson (44) le vaginisme fait souvent pendant à une impuissance, et une collusion tacite des deux partenaires laisse se perpétuer cet état de choses.

Le recours à la défloration chirurgicale n'a pu que confirmer Mme A. dans son rejet de la sexualité et dans sa passivité face aux épisodes de sa vie génitale.

La scène de l'adoption est caractéristique. Il faut remarquer que Mme A. n'est pas accompagnée par son mari, mais par sa mère, ce qui montre bien qu'elle ne considère pas son mari comme le futur père de l'enfant. On dirait que l'adoption n'est pas le fait du couple, mais d'elle seule.

L'enfant qu'elle adopte, n'est pas comme les autres, c'est un prématuré, un enfant fragile; il lui permet d'avoir un comportement de sacrifice maternel très édifiant, destiné à émouvoir le témoin principal de la scène: sa mère. Elle veut, inconsciemment, montrer à sa mère une image favorable d'elle-même, en réparation de l'hostilité et de l'agressivité, qu'elle a dû éprouver pour elle, quand sa mère se dressait comme rivale dans l'amour du père.

Adopter cet enfant difficile est la marque de sa réconciliation avec sa mère, premier pas vers la résolution de ce conflit oedipien attardé.

Le décès de son père oblige Mme A. à quitter définitivement cet attachement oedipien, et à voir son mari en tant que tel, et non plus comme substitut paternel. Ce choc du deuil, qu'elle décrit en disant: "quelque chose s'est débloquent en moi", annule l'interdit de la sexualité, et permet le rapport sexuel fécondant.

Mais cette annulation n'est que provisoire, le deuil passé, le vaginisme demeure. Il reste lié à l'image de son corps: elle se dit vaginalement étroite, et ne cherche pas à modifier cet état, qu'elle ne considère pas comme une anomalie.

L'accouchement est difficile, comme on pouvait le prévoir: de ce vagin étroit, rien ne peut entrer, ni sortir.

Il se termine par une césarienne, acte chirurgical qui épargne à Mme A. toute activité et toute conscience, comme lors de la défloration. Ainsi les épisodes importants de la vie génitale de Mme A. sont transformés en actes rituels, aseptisés et magiques, par le biais de la chirurgie.

Chez cette femme, la grossesse n'a pu se produire que dans une circonstance exceptionnelle, en dehors de sa propre détermination, par surprise.

Ce manque de désir est manifeste dans sa dernière remarque: elle fait ressortir la longueur de l'attente de son premier enfant et la puissance de son désir, qui rendent insignifiante la grossesse, et lui fait négliger son enfant naturel, tout son intérêt mobilisé par son premier fils, le premier dans son cœur.

Observation n° 2 - Mme T.

1- Apport de l'entretien

Au moment de leur mariage, Mr et Mme T. ont tous deux 29 ans. Mme T. exerce de métier de jardinière d'enfants; elle est toujours entourée d'enfants, car ses soeurs lui confient volontiers les leurs.

Mr T. vient aussi d'une grande famille; mais son père est décédé quand il avait 16 ans. Sa famille comptait alors 11 enfants et le dernier avait 18 mois. Mr T., aîné des garçons, dut se mettre très tôt à travailler, pour élever ses frères et soeurs. Après son mariage, grâce à son épouse qui travaille, il peut entreprendre des études, afin d'acquérir une meilleure situation professionnelle.

Après 2 ans de mariage, sans enfant; Mme T. va consulter un médecin, puis un autre; en 9 ans, elle verra de nombreux médecins: des gynécologues, hommes et femmes, même un homéopathe. Elle est prête à tous les examens, à toutes les épreuves; "le médecin peut faire de nous ce qu'il veut"

Elle reproche à tous ces médecins de l'avoir fait attendre trop longtemps (un des traitements qu'elle a accepté a duré 5 ans) et surtout de n'avoir pas su la mettre en confiance. Ses principaux griefs s'adressent essentiellement aux femmes-médecins, chez qui elle n'a pas trouvé le soutien qu'elle cherchait (elle dit même l'attitude maternelle). Elle aurait voulu qu'on lui dise: "je vous assure que vous aurez des enfants". Elle insiste beaucoup sur l'importance de la relation psychologique entre le médecin et la femme qui n'a pas d'enfants, sur la mise en confiance, qu'elle qualifie de primordiale.

Car, dit-elle, une femme qui n'a pas d'enfants, arrive tendue chez le médecin, elle se trouve dans un état d'insécurité, et elle se sent culpabilisée: "mon rôle de femme n'était pas rempli". Elle dit aussi: "chez une femme qui n'a pas d'enfants, le côté psychologique y est pour 50 %".

Il n'y a jamais eu aucune cause de stérilité décelée, on ne lui a jamais parlé que d'un petit utérus.

Quant à son mari, il a obstinément refusé d'être examiné. Il préférerait renoncer à tout espoir de descendance, plutôt que d'avoir à se soumettre aux investigations. Mme T. a même tenté d'apporter le flacon de prélèvement à domicile, sans résultat.

Au bout de 9 ans d'attente, Mme T. est accablée par une certaine "fatigue": son métier de jardinière lui devient odieux; les nombreux enfants qu'on lui confie lui deviennent pénibles; elle commence à ressentir de la jalousie, envers ces enfants.

Une personne de sa famille, médecin, lui conseille d'arrêter tous ces traitements inutiles, et d'adopter.

Cette adoption sera réalisée par des voies très particulières. Ce parent, médecin, intervient auprès d'une certaine personnalité "haut placée", et 3 jours après, le hasard fait qu'une petite fille est abandonnée, à la naissance, et on propose à Mme T. de la prendre immédiatement en charge.

Mr et Mme T. vont la chercher, effectuant, pour ce faire, un long voyage, en voiture. Tous ces événements sont enveloppés de mystère, et on nous demande le secret, là-dessus.

Mr et Mme T. auront ainsi une petite fille de 6 jours. Mme T. est très angoissée devant cette enfant; elle a peur de ne pas l'aimer, elle a peur de lui donner le biberon: "j'avais presque peur de la voler". Elle est obsédée par l'idée de la mère naturelle, au sujet de laquelle elle se pose beaucoup de questions, ne comprenant pas qu'une mère puisse abandonner son enfant. Son mari réagit en "homme", devant ces angoisses, et dé-dramatise la situation.

La situation du couple s'inverse alors: pour élever la petite fille, Mme T. abandonne son travail; Mr T. quitte son statut d'étudiant, et accède à une situation professionnelle valorisante.

Mme T. raconte: "j'étais comblée par ma fille, je ne pensais plus à mon état."

Puis, quand la petite fille a 2 ans et demi, le couple dépose une demande, en vue d'une deuxième adoption, celle-là, régulière et officielle.

Mme T. est choquée par l'enquête sociale; tout est critiqué: son logement, les conditions financières, le fait qu'il y ait déjà un enfant adopté....

Une fois le dossier constitué, ils attendent 2 ans, avant de recevoir une convocation, et on leur laisse entendre que l'adoption ne saurait tarder.

C'est alors que Mme T. constate un arrêt de ses règles, et va consulter son médecin; comme celui-ci évoque l'éventualité d'une grossesse, elle s'exclame: "ne me racontez pas d'histoires, il y a longtemps que je ne crois plus au Père Noël".

Le médecin lui conseille d'attendre, et de repousser provisoirement l'adoption prévue. Quand elle retourne le voir, 3 mois après, la grossesse est évidente: elle en est au 6^o mois.

L'accouchement se déclenche prématurément au 7^o mois. Mme T. a ressenti, à peine, les contractions. Quand on l'examine, à la clinique, on trouve des pieds: l'enfant est en siège. Une autre complication se révèle: il existe une circulaire du cordon, une souffrance foetale se manifeste. On endort Mme T. pour extraire l'enfant au plus vite. Une réanimation néo-natale est nécessaire.

Mme T. est encore sous le coup de l'anesthésie, quand on lui montre son enfant, un petit garçon de 1kg500, qu'on doit emmener dans un service de néo-natologie. Elle restera longtemps séparée de son enfant: pendant 3 semaines, elle est retenue alitée par une pyélonéphrite. Puis elle ne verra son enfant qu'à travers des vitres. Elle ne ressent aucune émotion à la vue de cet enfant; on lui en donne des nouvelles, avec des détails touchants, mais elle dit: "je ne me rendais pas compte que j'avais eu un enfant; on ne pouvait pas dire, vraiment, que j'avais mis un enfant au monde, avec la façon dont j'avais accouché". Plus loin, elle redit encore: "l'enfant que j'avais soi-disant mis au monde".

Elle n'aura réellement son fils qu'au bout de 3 mois, et elle fait la comparaison avec la petite fille, qu'elle a eu à l'âge de 6 jours. L'enfant est alors en bonne santé, et grandit facilement. Mme T. établit encore des comparaisons entre les deux nourrissons, se souvenant des terribles douleurs du dos que lui avaient occasionnés les soins à donner à la petite fille, qui ne se reproduisent pas avec son fils.

Elle remarque; "c'est quand on est responsable de l'enfant, c'est à ce moment-là, que se créent les liens affectifs. Tant qu'on ne l'a pas eu dans les bras, on n'a pas eu d'enfant". La loi du sang n'existe pas, c'est la conclusion que Mme T. tire de son expérience.

Elle raconte alors l'histoire d'une amie, qui, ayant adopté

une petite fille, après fausse-couche et grossesse extra-utérine, s'est retrouvée enceinte, presque en même temps que Mme T., et qui a très mal supporté l'annonce de sa grossesse. Elle était furieuse et avait très mal accepté son petit garçon.

Mme T. aura encore un 2^o fils, né à 8 mois, 1 an après. "j'étais partie pour en avoir douze", plaisante-t-elle. Mais elle souligne que les enfants qu'elle a eu, elle, n'auraient pas été adoptables, puisqu'ils étaient prématurés et fragiles.

Elle a donc actuellement 3 enfants: une fille adoptive de 11 ans, et 2 garçons, de 9 et 8 ans. Elle a informé très tôt, sa fille, de sa condition, en lui expliquant, à chaque anniversaire: "c'est une dame qui t'a mise au monde, et qui ne pouvait pas t'élever. Les papas et les mamans sont ceux qui élèvent les enfants". Et elle a dit à ses fils, pour rétablir l'équilibre, que c'est grâce à la petite fille qu'ils ont pu venir au monde.

2- Commentaires

Dès le premier abord, nous avons noté l'agressivité que Mme T. manifeste, envers les femmes.

Elle a bien fait ressortir qu'elle n'avait accepté l'entretien, que grâce à l'excellente recommandation dont nous avons bénéficié, et aux renseignements rassurants obtenus à notre sujet.

Cette agressivité est évidente dans les reproches tous particuliers qu'elle réserve aux femmes-médecins qu'elle a consultées: elles n'ont pas eu une attitude maternelle. Mme T. cherchait auprès de ces femmes un soutien, une prise en charge, qu'elle ne trouvait pas auprès de sa propre mère, et qui fait penser que ses relations avec elle devaient être entâchées d'agressivité et de culpabilité.

A travers les paroles rassurantes qu'elle voulait entendre, "vous aurez des enfants", il semble que Mme T. demandait l'autorisation d'avoir des enfants, donc l'autorisation de la sexualité. N'ayant pas obtenu cette réponse, elle peut projeter toute son agressivité sur ces femmes.

Elle reconnaît qu'elle ressent une certaine culpabilité, mais elle l'attribue à la stérilité. En fait, cette culpabilité est profondément enracinée dans son inconscient, et on la retrouve, par la suite, derrière son attitude envers l'enfant adoptée.

Elle est obsédée par le personnage de la mère naturelle de l'enfant. Elle en a peur, et reverse sur elle la culpabilité, par un réflexe de défense. Elle accable cette mauvaise mère, elle ne comprend pas qu'on puisse abandonner son propre enfant.

Elle avoue: "j'avais presque peur de la voler". Cette idée de vol d'enfant est significative.

On remarque, d'abord, la façon inhabituelle dont s'est passée l'adoption; Mme T. a écarté la voie officielle, redoutant les démarches à effectuer, et surtout l'enquête.

Elle a recours à des "protections", comme on dit, et obtient très rapidement l'enfant. Le mystère qui enveloppe cette adoption, et le long voyage en voiture, font penser à une scène d'enlèvement d'enfant.

Quand Mme T. est angoissée par l'idée de la mère naturelle, c'est qu'elle redoute qu'elle vienne lui reprendre l'enfant.

Elle a peur de voler l'enfant, donc elle a peur qu'on le lui vole.

Pourquoi cette idée de rapt d'enfant?

On peut penser que cette angoisse est liée à la culpabilité qu'elle éprouve envers sa propre mère, et au refus de la grossesse qu'elle manifeste.

Mme T. ne veut pas réellement être enceinte, elle ne recherche que la situation de mère. Parce qu'elle ne peut pas se permettre, inconsciemment, d'avoir un enfant, elle ne peut que le prendre à une autre mère, elle ne peut que le voler.

Cette tendance transparait aussi dans le choix de sa profession. Cet attrait pour les enfants des autres la pousse à vouloir être jardinière d'enfants. Des psychanalystes, comme Hélène Deutsch (22), ont bien montré que certaines femmes qui embrassent des professions, telles que sage-femmes, maîtresses de jardin d'enfants, ... "choisissent de telles professions pour apaiser leur ancienne agressivité refoulée contre leur propre mère, et contre leurs frères et soeurs plus jeunes"

De même, elle a choisi un mari qui était déjà père, puisqu'il avait la charge de ses nombreux frères et soeurs. En l'épousant, elle trouvait une famille toute faite.

L'adoption permet à Mme T. d'officialiser le vol d'enfant.

Elle peut passer à l'acte, non sans angoisses. Mais quand ces angoisses sont surmontées, Mme T. se trouve dans une situation très sécurisante. La petite fille fait des progrès rapides, elle est propre très tôt, elle apprend vite à marcher: c'est le triomphe de l'éducation de Mme T. et la revanche victorieuse prise sur sa propre mère.

Cette réussite permet aussi à Mme T. d'assurer sa victoire sur la mère naturelle de l'enfant; elle l'exprime ainsi: "quelle que soit l'influence de ce qui a pu être transmis au fœtus, pendant la gestation, l'affection et l'éducation données au bébé priment tout". Elle minimise et voudrait nier la vie intra-utérine de l'enfant, et cherche à se l'approprier. Ces terribles douleurs lombaires qu'elle évoque, ne sont-elles pas un équivalent des douleurs de la grossesse et de l'accouchement? Douleurs qu'elle n'a même pas ressenties, lors de sa propre grossesse.

On peut penser que, dans cette situation sécurisante et valorisante, les interdits inconscients qui pesaient sur la sexualité, et empêchaient la fécondation, aient perdu leur force, et qu'une grossesse a pu se produire.

Mais c'est une grossesse qui semble bien peu désirée: Mme T. ne se soucie vraiment pas de son état, si bien que le diagnostic de grossesse n'est établi qu'au 6^o mois. Elle va accoucher le mois suivant.

On note qu'elle n'a pas ressenti les contractions de l'accouchement; à cause de l'anesthésie, elle n'a pas eu conscience d'avoir accouché. Ce refus de l'accouchement est alimenté par la longue séparation due à l'hospitalisation du nouveau-né.

Mme T. vante les mérites du personnel du service de néo-natologie, qui s'efforce d'établir le contact entre la mère et l'enfant. Mais elle reconnaît qu'elle ne ressent aucun attachement pour son "soi-disant" enfant. Elle dit qu'elle a toute confiance dans ce personnel, ce qui signifie qu'elle leur a abandonné l'enfant. Plus tard, alors que l'enfant a 3 mois, "on" le lui remet dans les bras, "on" lui donne le bébé, qu'elle reçoit comme s'il venait de l'extérieur.

elle souligne bien la différence entre ses deux "maternités", en faisant

remarquer qu'elle a eu sa fille à l'âge de 6 jours, et son fils, à l'âge de 3 mois, ce qui marque la distance par rapport à elle.

Deux faits sont significatifs: l'histoire de cette amie, qu'elle raconte, éminemment projective, qui a carrément rejeté son propre enfant, et l'insistance qu'elle met à affirmer que la loi du sang n'existe pas.

On constate cependant, qu'elle a récupéré ces grossesses-surprises pour son propre compte, quand elle fait remarquer, avec émotion, d'ailleurs, que les enfants qu'elle a eu, elle, n'auraient pas été adoptables car trop fragiles. De cette façon, elle s'oblige, et s'autorise à les accepter.

Observation n° 3 - Mme C.

1- Apport de l'entretien

Mme C. est d'une famille nombreuse. Sa mère a eu 5 enfants, en 6 ans. Une de ses soeurs a eu aussi 5 enfants, et Mme C. remarque, que, si ses 3 premières grossesses ne se sont pas trop mal passées, la quatrième a été pénible, et la cinquième a achevé de "l'abimer"; il a fallu lui refaire les jambes et autre chose, dit-elle.

Dans cette famille, tous les enfants faisaient bloc. Tous sont restés très attachés à la famille, et "il n'y a eu de problèmes qu'avec les pièces rapportées".

Une grand-tante, cependant est restée sans enfants.

En parlant de sa famille, Mme C. dit toujours "chez nous".

Elle se marie à 24 ans, avec un homme qui en a 28.

Bien que le couple ne désire pas d'enfants immédiatement, dès la première année de mariage, Mme C. va consulter un médecin, pour savoir si elle pourra avoir des enfants, car elle a une appréhension. On lui dit de revenir dans 2 ans. Deux ans plus tard, un bilan sera pratiqué, ne révélant rien, et Mme C. dit: "j'en veux à ce médecin, qui m'a exploitée pendant plusieurs années", car un examen du mari montre une azoospermie.

Mme C. pense alors à l'adoption, mieux préparée à cette idée, dit-elle, que son mari, car elle avait eu comme ami d'enfance un enfant adopté. Mon mari avait des scrupules envers moi, dit-elle, il se sentait fautif, il sentait qu'il me privait. Mais il n'y était pour rien, lui non plus, ces choses-là, c'est indépendant de la volonté. Cela aurait aussi bien pu venir de moi".

Le couple dépose une demande d'adoption. Parmi les pièces du dossier demandées, ils doivent fournir un certificat de stérilité, qu'ils demandent à l'urologue qui a diagnostiqué l'azoospermie. Mais celui-ci refuse d'établir un tel certificat, alléguant qu'en ce domaine, rien n'est jamais définitif.

L'attente qui suit cette demande est pénible pour Mme C.: "l'imagination travaille; cet enfant, c'est vraiment l'inconnu. On voudrait préparer une layette, quelque chose, mais on ne sait pas ce qu'il sera, ni son âge, ni son type, ni sa race... Ce sont des grossesses impossibles à vivre, des grossesses de 3 ans. C'est inimaginable!"

Au bout de 3 ans, ils reçoivent le papier de la Prefecture, un permis de visite, avec un numéro. C'est un garçon de 3 mois. Ils sont très émus par son aspect: moules bras ballants, vêtu d'une brassière malodorante. "Cela nous

a fait mal au coeur, impossible d'obtenir qu'il nous regarde. On s'est dit voilà un enfant qui a bien besoin d'un papa et d'une maman."

Ils font coïncider l'arrivée de l'enfant avec leur 7^o anniversaire de mariage. A cette occasion, les parents et les beaux-parents ont été invités. Mr et Mme C. s'éclipsent un moment, et reviennent avec le bébé. Les grands-mères s'émerveillent; c'est une grande réjouissance familiale.

La présence du bébé change tout, dans leur foyer: "se dire qu'on n'aura pas d'enfants, c'est vraiment dur, il faut le réaccepter tous les jours. Une fois qu'on a eu un enfant, il n'y a plus de problèmes; dès qu'on l'a dans les bras, il est à nous." Une deuxième demande d'adoption est rapidement déposée. Et quand le petit garçon a 3 ans, il va, avec ses parents, chercher la petite soeur. C'est une petite fille de 4 mois, mignonne, très éveillée.

Mr et Mme C. sont alors occupés à construire leur maison. Ils précipitent les travaux, et finissent quelques pièces, pour loger le bébé. C'est une période d'intense activité. C'est l'été. Mme C. travaille la nuit, fait les peintures, les papiers peints, et le jour, elle s'occupe du bébé et du petit garçon. "C'est une période vraiment formidable, dit-elle, l'arrivée du petit garçon avait libéré mon mari d'un certain nombre de choses, et la petite fille l'avait épanoui. On était heureux, on avait gagné la partie de la construction, la partie des enfants. On était passé de l'autre côté de la barrière; on avait une famille, une maison."

En Novembre, Mme C. sur un escabeau, finit un dernier plafond, quand elle ressent un vertige et un drôle de malaise. Son mari la plaisante: "tu ne me feras pas le coup encore une fois", car il y avait eu de nombreuses fausses-joies.

Le médecin confirme la grossesse: Mme C. est enceinte à 34 ans, après 10 ans de Mariage.

La grossesse n'est marquée que par une menace d'accouchement prématuré, au 6^o mois. L'accouchement est difficile; la mauvaise présentation de l'enfant oblige à pratiquer un forceps. Mme C., sous anesthésie, ne voit pas naître son enfant. C'est une petite fille, très mignonne.

Le garçon l'acceptera mieux que la première petite fille, et son arrivée rétablit l'harmonie parmi les enfants.

Mme C. ne pense pas faire de différence entre ses enfants. Elle en parle de façon si naturelle, que certaines de ses amies doivent lui rappeler que les deux premiers sont adoptés. C'est comme si elle les avaient portés tous les trois. Elle dit même, en considérant une photo qui réunit tous les enfants de la famille (19 cousins et cousines) que les deux enfants adoptés ont une ressemblance certaine avec les autres.

Mme C. n'a pas voulu avoir le 4^o enfant de ses rêves, à cause de son âge. Sa grossesse a été suivie de la réparation chirurgicale d'une cystocèle et de varices. Elle dit: "après 30 ans, les femmes paient cher leurs grossesses."

Ayant demandé à rencontrer Mr C., nous avons donc eu un deuxième entretien avec le couple, puisque Mme C. a tenu à être présente.

Mr C. est fils unique. Il a beaucoup souffert de cette situation, d'autant plus que cette enfance solitaire s'est déroulée pendant la guerre. Il dit qu'il n'a jamais rencontré qu'une seule personne qui se soit déclarée satisfaite d'être enfant unique. Il s'est marié tard, à 29 ans.

En réponse à une question sur son attitude face à sa stérilité, Mr C. affirme qu'il n'a pas de problèmes, qu'il n'a pas été choqué. Mme C. intervient: "de toute façon, c'est un problème de couple. Mais mon mari n'a pas eu de problèmes, car ce sont des amis, qui connaissaient la même situation que nous, et chez qui le mari avait été examiné, et reconnu stérile, qui lui ont demandé si lui aussi avait été examiné."

C'est donc par hasard que Mr C. a été incité à aller consulter un urologue. Mme C. reproche aux médecins de l'avoir menée "en bateau" pendant 2 ans, alors que l'examen de l'homme est si facile. Il s'avère que Mr C. est azoospermique. Le spécialiste invoque une obstruction des canaux déférents, et propose une intervention chirurgicale, à faire pratiquer à Paris, mais au résultat incertain. Il assure également que cette stérilité n'est pas forcément définitive.

Mr C. dit qu'il se serait facilement résigné à rester sans enfants. "Je suis d'un caractère fataliste: si on n'avait pas d'enfants, c'est que le destin le voulait ainsi." C'est sa femme qui a voulu l'adoption.

Les parents de Mr C. sont très réticents quant à l'adoption. Ils évoquent la transmission du nom, de l'héritage, et citent un cas d'adoption, dans leur entourage, où l'enfant est devenu un délinquant.

Mr C. précise: "je n'étais pas contre cette adoption; mais je n'étais pas pour non plus".

"En effet, remarque Mme C., il a fallu un certain temps pour que tu mûrisses à cette idée."

Ils commencent les démarches en vue de l'adoption, pendant leur 4^e année de mariage, et précisent que deux seuls points leur paraissaient importants: que l'enfant ne soit pas baptisé, car ils désiraient que cette cérémonie soit faite en présence de leurs familles, et d'autre part, ils demandaient une fille.

Ils ont bien organisé leurs projets, autour des 2 enfants espérés; ils ont acheté un terrain, et fait les plans de leur maison avec 2 chambres d'enfants.

Mr C. est très attaché aux enfants. Il s'est beaucoup occupé d'eux, et a donné soins et biberons quand ils étaient bébés. Mais il ne trouve pas qu'ils aient amené de grands changements dans leur vie, à part l'empêchement des sorties. Mme C. intervient: "ils nous ont tous apporté quelque chose: le petit garçon nous a débloqués; avec la petite fille, nous avons les deux enfants souhaités." Elle dit aussi: "Avec l'adoption, le pas est franchi, il n'y a plus d'espoir; ça y est, on sait qu'on n'aura pas d'enfants."

Quand Mme C. lui fait part des signes de grossesse qu'elle ressent, Mr C. réagit ainsi: "il y avait déjà eu tant de fois, où, devant un retard, on avait repris espoir, pour être déçus après, que, sur le moment, je n'étais pas convaincu. Même maintenant, je n'y crois pas encore. J'ai dit à ma femme d'attendre encore, pour voir si c'était bien ça."

Mr et Mme C. ne sont pas d'accord sur la façon dont s'est passée cette grossesse. Mme C. dit qu'elle n'a pas pu se reposer et en profiter, et Mr C. lui fait remarquer qu'elle a bien été obligée de se reposer, puisqu'elle est restée couchée, tout le temps, après la menace d'accouchement prématuré.

Puis Mme C. raconte les réflexions d'une de ses amies, enceinte en même temps qu'elle, qui s'étonnait qu'elle ne porte pas plus d'attention à son état; et Mme C. explique: "pour moi, la nouveauté était passée; c'était comme si j'en avais été à ma 3^e grossesse.. Et quelles grossesses j'avais eu moi! des grossesses de 3 ans!"

2- Commentaires

Le premier fait surprenant, dans cette observation qui en abonde, est de constater que Mme C. se vit comme stérile, alors que la stérilité conjugale est due à son mari.

Bien avant d'être mariée, elle avoue avoir déjà l'appréhension de la stérilité, et dès le mariage, elle va consulter un médecin. Il faut noter que dans la famille de Mme C., si prolifique, il y a cependant une grand-tante, dont l'union est demeurée stérile.

Quand elle évoque les scrupules de son mari envers elle, elle efface sa responsabilité en disant: cela aurait aussi bien pu venir de moi, comme si elle regrettait de ne pas être la titulaire de la stérilité.

Plus loin, quand elle fait allusion aux réticences de son mari, devant l'adoption, elle explique qu'elle, au contraire, y était "préparée". Non seulement Mme C. avait, depuis longtemps, envisagé l'éventualité d'une stérilité, mais elle avait songé à la solution de l'adoption, et s'y était préparée.

L'origine de ce véritable roman de la stérilité et de l'adoption est peut-être l'exemple de cette grand-tante, mais, essentiellement, celui des parents adoptifs de son ami d'enfance. En évoquant le bloc uni qu'elle forme avec ses frères et soeurs, elle précise bien que le garçon adopté en faisait partie. Elle raconte d'ailleurs son histoire, révélant que les parents avaient gardé farouchement le secret de l'adoption, que seule la famille de Mme C. partageait. Il était formellement interdit d'en parler. Cet enfant, préservé de tout autre contact, était gardé à la maison, suivant sa scolarité par correspondance, jusqu'au moment de l'université.

Il est très vraisemblable que ce secret a tenu une grande place dans le monde imaginaire de Mme C., et qu'elle a dû trouver cette situation captivante.

Si Mme C. a subi un véritable attrait pour la stérilité et l'adoption, c'est parce que cette situation correspondait à la solution de son angoisse inconsciente: la peur de la grossesse.

Cette femme, issue d'une famille nombreuse, entourée d'enfants, affichant son besoin d'enfants, a cependant peur de la grossesse, de l'accouchement, et certainement aussi de la sexualité.

Cette peur est révélée, quand elle parle des détériorations du corps de la mère, obligatoirement liées, pour elle, à la grossesse. Elle évoque, avec commisération, sa mère, qui a eu 5 enfants en 6 ans; elle raconte la succession des 5 grossesses d'une de ses soeurs, en marquant le délabrement occasionné chaque fois, et que la chirurgie a dû réparer ensuite. Elle a répété plusieurs fois qu'après 30 ans, une femme paie cher sa grossesse.

Seule, l'éventualité de la stérilité et de l'adoption lui permet de neutraliser cette peur, tout en réalisant son désir de maternité.

Elle fait aussi l'amalgame grossesse-adoption, et récupère ainsi complètement les enfants adoptés. Elle assimile totalement l'attente de l'adoption, à une grossesse (ses grossesses de 3 ans) et, au niveau du lan-

-gage, fait "comme si" elle avait eu ces enfants, suscitant certaines remarques étonnées, lui rappelant que ce sont des enfants adoptés.

Cette attitude est très nette aussi, dans les rituels familiaux, dont Mme C. a voulu entourer l'adoption: la circonstance de l'anniversaire de mariage, la réunion des grands-parents, la présentation solennelle de l'enfant, le baptême. Ne pouvant faire à ses parents la surprise de l'annonce d'une grossesse, elle leur fait celle de l'annonce de l'adoption. On retrouve encore la même attitude, quand elle s'ingénie à trouver une ressemblance entre ses enfants adoptés et ses neveux et nièces.

Mme C. a travaillé obstinément à obtenir la famille idéale qu'elle avait rêvée, et triomphe quand toutes les circonstances sont réunies: les deux enfants, la maison.

Il est possible que les interdits dont elle s'était protégée, aient été suspendus, et que le déblocage et la libération dont elle parle aient été ceux de la sexualité, enfin permise, parce que moins dangereuse, d'où la conception.

Mais la peur existe toujours, puisqu'on doit constater que Mme C. escamote sa grossesse: elle paraît avoir oublié cette période qui a pourtant été difficile, et au second entretien, son mari doit lui rappeler la menace d'accouchement prématuré, et l'alitement forcé qui a suivi, et duré tout le reste de la grossesse. D'autre part, on l'entend dire que, pour elle, c'était sa 3^e grossesse. Elle assimile la grossesse à une simple attente, niant tous les phénomènes de la gestation, attitude en rapport avec son refus de la sexualité.

Mme C. a d'ailleurs trahi une certaine fragilité, au cours de second entretien. Elle a contamment cherché à diriger la conversation, et s'est interposée entre son mari et nous. Lors de la première rencontre, elle paraissait très sûre d'elle; mais, la seconde fois, elle était plutôt mal à l'aise, se sentant menacée par nos questions à son mari.

Cette observation recèle un point particulièrement délicat: le sujet de l'azoospermie de Mr C. Notre intention n'est pas de nous aventurer sur le terrain litigieux des troubles de la spermatogénèse d'origine psychologique, où, comme le reconnaît J. Belaisch, dans un article récent, "nos connaissances demeurent un peu sommaires!"; ni sur le terrain encore plus périlleux de l'hypothèse de relations extra-conjugales.

En dehors de ce point, il est intéressant de relever certaines indices de la personnalité de Mr C. Bien qu'ayant accueilli facilement notre demande d'entretien, Mr C. est resté assez défensif, au début. Ses réponses aux premières questions sont à peine audibles, mais il s'anime quand il s'agit d'apporter certaines rectifications aux déclarations de son épouse.

On constate qu'il se dérobe constamment aux tentatives de contrôle de Mme C. Il échappe, évite le conflit, n'affronte pas directement; il ne dit ni oui, ni non, qu'il n'est pas sûr... Il laisse à ses parents le soin d'exprimer ses propres réticences face à l'adoption que propose sa femme.

Il est probable que son enfance triste et son célibat prolongé ont pesé sur sa vie affective, et qu'il se réfugie dans cette apparente passivité. D'ailleurs, il se déclare lui-même fataliste.

Cela explique aussi sa surprenante attitude face à sa stérilité. Il nie tout problème, conforté en cela par la revendication de la stérilité, qu'affiche sa femme.

Une autre question demeure: celle de la nature de la libération et du déblocage qui se sont produits, chez Mr C., à l'arrivée de l'enfant adopté, que sa femme a évoqué à plusieurs reprises. S'il s'agit d'un déblocage de la sexualité, cela nous permet d'envisager l'hypothèse d'une relation entre l'exercice d'une sexualité libérée, et la fécondation.

En résumé: peur de la grossesse, refus de la sexualité, et revendication de la stérilité conjugale, chez une femme qui a précisément choisi un mari peu enclin à l'affronter, impuissant en tout, et stérile.

Observation n°4 - Mme P.

1- Apport de l'entretien

Pendant les premières années de mariage, Mr et Mme P., qui ne veulent pas d'enfants tout de suite, pratiquent une contraception. Puis, quand ils jugent que les conditions matérielles sont meilleures, ils décident de réaliser leur désir d'enfant; l'espoir de Mme P. était d'avoir 3 enfants.

Quand ils s'aperçoivent que quelque chose ne va pas, Mme P. va consulter un médecin, qui constate qu'elle a un utérus infantile, en rétroversion, et une obstruction tubaire. Une intervention chirurgicale est proposée, mais Mr P. s'y oppose. Il est très croyant, et estime que si leur destinée est de rester sans enfants, il ne faut rien faire à l'encontre.

C'est Mme P. qui prend la décision de l'adoption: "je ne pouvais m'imaginer sans enfants". Elle arrive à convaincre son mari, initialement hostile, puis enthousiaste à cette idée. Ils se sont déjà occupés, pendant plusieurs années, d'une petite fille de la Cité de l'Enfance: "une petite Agnès, que nous aimions énormément".

Ils déposent un dossier de demande d'adoption, à la D.A.S.S. L'enquête effectuée, alors, choque Mme P. "On est venu chez moi, me demander par quel moyen mon eau était chauffée, la dimension de mes pièces, etc..... mais on ne s'est pas occupé de connaître mes défauts et mes qualités." Elle dit encore que cette enquête a été faite à la légère, qu'on aurait pu tomber sur une femme capricieuse, ne voulant d'enfant que pour elle-même. Le dossier comporte encore un certificat de stérilité, et un bilan neurologique et pulmonaire. Le couple correspond aux normes exigées à cette époque, mariés depuis plus de 12 ans, avoir plus de 35 ans.

Puis c'est l'attente, qui va durer 27 mois "On nous a enlevé l'espoir, puis on nous l'a redonné". Enfin, c'est l'annonce de l'adoption. Mr P. va chercher le bon de visite à la Préfecture, sur lequel figure, "grave erreur", le nom de famille de l'enfant.

Lors de la première visite, on leur montre l'enfant, de loin, au milieu des autres: c'est une petite fille de 3 ans. Mme P. dit: j'ai été déçue tout de suite, parce que je voulais un bébé, je voulais mater. Béatrice était tellement grande!"

L'enfant est très brune, mal habillée. "C'était un petit animal sauvage, assis par terre, qui ne communiquait absolument pas avec les autres enfants. Mais nous étions habitués, Agnès avait été comme ça. "Ils la promènent ensuite dans le parc, lui offrent des friandises. "Mon mari en a été fou tout de suite".

La seconde visite se passe très mal. La petite fille avait fait des "sottises": elle avait raflé tous les comprimés de Gardénal que prenaient les enfants du pavillon, et les avait avalés. Il avait fallu lui faire un lavage d'estomac. Elle hurlait. Mr et Mme P. repartent très inquiets.

A la 3^e visite, ils apprennent la cause de ce désespoir: la petite avait cru que ses nouveaux parents allaient l'emmener tout de suite. Elle s'exprime difficilement. Ils l'emmènent enfin.

Le médecin leur a communiqué le dossier médical de l'enfant (ce qu'il a bien voulu nous laisser savoir); elle a été abandonnée à l'âge de 15 jours, et n'a pas été confiée plus tôt, à cause d'otites à répétition. Mme P. déplore cette attitude: "elle aurait été mieux soignée, dans une famille", et pense que tout aurait été changé, quant au caractère de l'enfant.

Mme P. en veut aussi beaucoup à ce médecin de ne pas l'avoir prévenue des problèmes qui allaient surgir avec Béatrice, "dont on savait déjà qu'elle était caractérielle" prétend Mme P.

Pendant les 6 premiers mois de l'adoption, tout se passe bien. Mme P. dit: "je pouvais encore la porter; après, elle était trop grande et trop lourde".

L'entrée à l'école maternelle marque la fin de cette période sans nuages: "c'est là que les gros problèmes ont commencé, elle a du croire à un second abandon. Quand j'allais l'attendre à la sortie, elle me regardait comme une étrangère". L'enfant se met alors à réclamer le biberon "grande comme elle était, je ne comprenais pas!", puis elle veut une poussette.

Mme P. consulte un psychologue, qui lui conseille d'obtempérer. Mais elle se trouve très gênée: "j'avais l'air bête, dans la rue, je me disais que les gens devaient penser que c'est une enfant anormale." Mme P. prend prétexte des grandes vacances pour mettre fin à ces pratiques, tout en se rendant bien compte que Béatrice en est frustrée.

A l'école, la petite se bat avec les autres, et se met à chaparder puis c'est l'énurésie qui devient le problème crucial, qui n'a toujours pas été résolu actuellement, alors qu'elle a 12 ans.

Mme P. reproche à la D.A.S.S. d'avoir agi à la légère en lui confiant, à elle, inexpérimentée, une enfant difficile. "Je suis fille unique, mon mari, aussi, nous n'avons pas d'enfants autour de nous, nous étions moins aptes".

Les conflits s'aggravent, et l'atmosphère conjugale s'en ressent. "Mon mari était fou de cette gosse. Quand je la grondais, il prenait toujours son parti, et venait la consoler. Elle est devenue capricieuse, surtout à cause de la famille, qui la gâtait outrageusement, des cadeaux, des cadeaux!!". Les affrontements entre les deux époux deviennent très durs, et dramatiques: le couple envisage le divorce.

Cette atmosphère contraste terriblement avec les 6 premiers mois idylliques, car l'arrivée de l'enfant au foyer avait apporté

"stabilité, satisfaction, complémentarité au niveau du couple" Mme P. explique: "bien qu'il y ait eu ce manque de ne pas l'avoir eu bébé, j'étais comblée, en partie, j'avais un enfant à moi, j'étais une maman, j'étais très heureuse et très fière".

C'est dans cette ambiance dramatique que Mme P. va consulter son médecin de famille, pour un retard de règles. Ni lui, ni Mme P. ne s'en inquiètent, car, depuis toujours, Mme P. a des règles irrégulières et douloureuses. Comme elle a 39 ans, et qu'il la sait stérile, le médecin lui laisse entrevoir, même, que la solution de tous ses maux serait l'hystérectomie. Il s'absente 15 jours, et pendant ce temps, Mme P., qui constate une modification singulière de sa poitrine, fait faire un test de grossesse. Le résultat est positif. "Celà a été le coup de masse pour moi. J'ai pleuré, je ne sais pas pourquoi, d'ennui, de contrariété, et de joie" elle dit aussi "Mon médecin a été très contrarié: me connaissant, sachant que je n'avais pas une grosse santé, il se demandait comment celà se passerait"

La grossesse est dramatique. Une menace d'avortement oblige Mme P. à rester alitée. "J'ai perdu mes forces, j'ai perdu mes muscles" L'enfant se développe insuffisamment. Malgré celà, "la grossesse, pour moi, qui avait toutes les conditions défavorables a été quelque chose de merveilleux; j'avais l'impression d'être la première femme à avoir un enfant"

L'accouchement est très difficile. Après 17 heures de travail, inefficace et du fait d'un fibrome praevia, on décide la désarienne. Les suites sont très compliquées: double phlébite, hémorragie digestive. "On m'a donné des drogues à faire crever un cheval" "Heureusement que mon mari couchait dans la chambre, quand j'ai eu ce malaise, je sentais que j'allais mourir; c'est lui qui a donné l'alerte, et qui a du courir chercher les flacons de sang" Elle est restée 31 jours en clinique. On ne lui a montré son bébé que du pas de la porte, un petit garçon de 2 Kg 600. Grâce à "l'excellent pédiatre" qui s'est occupé de lui, l'enfant a repris une bonne santé, et il a ensuite poussé comme un champignon.

La petite Béatrice, qui voulait un petit frère, a bien accueilli le bébé. "Mais, pour son malheur, mon fils a tout ce qu'elle n'a pas: vivacité, intelligence, etc..., d'autant plus que c'est un garçon." "Maintenant, celà me passe, mais mon fils me donnait l'impression d'être unique au monde".

Mme P. parlera encore beaucoup des problèmes que lui pose Béatrice, reprochant encore à sa mère de ne pas l'avoir aidée, de l'avoir culpabilisée, en la rendant responsable de l'attitude de l'enfant.

2- Commentaires

Cette observation est la seule où l'adoption a été un échec.

Il est intéressant de constater l'accumulation d'événements contraires et contrariants qui ont abouti à cet échec, et qui tendent à faire excuser Mme P. en alléguant ce manque de chance qui l'empêche de réaliser ses bonnes intentions.

On peut dire que Mme P. cherche à donner une bonne image d'elle-même; elle veut montrer son sens maternel: elle déclare qu'elle veut 3 enfants, elle s'occupe d'une petite fille abandonnée, elle demande une adoption, on lui donne une enfant difficile, mais elle l'accepte, et semble faire tout ce qu'elle peut pour l'élever... Et si tout se passe mal, c'est parce qu'on n'a pas voulu l'aider (sa mère, son mari, la D.A.S.S. le médecin) et parce qu'elle a été trahie par les événements.

Dans son récit, on relève une suite impressionnante de faits contraires, qu'elle qualifie d'erreurs: l'enquête faite à la légère, le nom de l'enfant figurant sur le bon de visite, cette enfant qui aurait pu être adoptée plus tôt, le médecin qui ne l'avertit pas du caractère difficile de l'enfant, etc...; et on y retrouve souvent des situations de "drame" drame de la mésentente conjugale, grossesse dramatique, accouchement,...

Quant à l'enfant adoptée, elle apparaît si mauvaise, qu'on s'étonne qu'elle puisse plaire à Mr P. Cette petite fille, de toute évidence ne pouvait satisfaire Mme P., elle est à l'opposé de l'enfant imaginaire rêvé par Mme P.: trop grande, pas jolie, une fille, difficile. Mme P. s'en rend compte, mais la prend cependant, à cause de son mari, en premier lieu qui joue là un rôle important, car il est séduit par la petite fille. Mme P. ne peut pas se départir de son rôle maternel, elle ne peut pas rejeter cette adoption qui est de sa propre initiative. En second lieu, elle accepte cette adoption difficile pour satisfaire une certaine tendance masochiste, qui la pousse à se mettre en situation d'échec.

C'est un véritable système de défense que Mme P. a construit: tout ce qui est mauvais est à l'extérieur, le bon est à l'intérieur d'elle. L'enfant adoptée peut être mauvaise: elle n'est pas à elle; on peut même dire qu'elle projette sur cette enfant tout ce qui est mauvais, et qu'elle en fait une image d'elle-même, en négatif. Ce système lui permet de rejeter toute responsabilité, et de se préserver de la culpabilité, pour défendre son narcissisme.

Mme P. apparaît, en effet, comme une femme "narcissique". Elle s'attache à préserver une image valorisante d'elle-même. C'est ce narcissisme qui est aussi à l'origine de son désir d'enfant, l'enfant, étant pour elle, la meilleure forme de gratification personnelle. Mais elle ne peut être satisfaite que par un fils, comme on le comprend quand elle dit: "il me donnait l'impression d'être unique au monde"; et ce fils (compensation phallique) ne pouvait venir que d'elle-même.

Mais ce désir d'enfant entre en compétition avec l'autre penchant égocentrique de Mme P., son besoin d'auto-préservation, qui lui fait redouter particulièrement les dangers de la fonction de reproduction. Retenue par le besoin de préserver son intégrité corporelle, elle doit se refuser la grossesse, dont son narcissisme a besoin, par ailleurs. D'où ses conflits, son ambivalence, et ses échecs.

L'adoption, en réalisant une pseudo-maternité a pu lui paraître la solution de remplacement, conciliant ses deux tendances; mais c'était une solution vouée à l'échec, car de toutes façons, l'enfant adopté n'aurait jamais pu lui renvoyer une image valorisante d'elle-même.

Mme P. ne pourra vaincre cette peur des dangers de la grossesse, qu'en présence d'un danger bien plus grand: de tout perdre, en perdant son mari. Elle est alors dans une situation extrêmement périlleuse: non seulement la mauvaise enfant est le vivant rémoin de ses échecs, mais, de plus, elle lui vole son mari. Mme P. est jalouse de sa fille adoptive, il faut qu'elle reprenne son mari. Son comportement séductif lui assure la victoire: la grossesse lui permet de le récupérer définitivement. Elle a un fils, elle garde son mari, elle est enfin comblée.

Il est évident que cette grossesse ne peut se passer sans troubles. Elle est angoissée, elle se sent détruite physiquement ("j'ai perdu mes muscles"), ce qui confirme bien ses craintes de détérioration.

L'accouchement témoigne de son ambivalence: elle affirme qu'elle désirait absolument mettre cet enfant au monde, mais elle n'a pas pu y arriver. Et comme elle le redoutait, l'accouchement, et ses suites mettent sa vie en danger.

Donc extrême ambivalence, reflétant le conflit entre le narcissisme et la peur de la grossesse, facteur de détérioration et risque de mort.

Nous ne pouvons que difficilement parler de grossesse-surprise, dans ce cas-là, car cette grossesse s'est produite dans le cadre d'une entre-prise de séduction de Mme P., plus ou moins consciente, dans le but de reprendre son mari.

Cette grossesse n'a qu'un lointain rapport avec l'adoption, qui n'a été que la circonstance déclenchante du réveil de l'intérêt conjugal.

Observation n° 5 - Mme V.

Mme V. a 22 ans, au moment de son mariage, et Mr V. 26 ans. Ils sont tous deux issus de familles de 3 enfants, et sont très attachés à la famille: ils désirent 3 ou 4 enfants, à leur foyer, considérant que c'est "équilibrant".

Mme V. est presque tout de suite enceinte. Mais cette grossesse se termine à 2 mois, par une fausse-couche. Le médecin lui dit de ne pas s'inquiéter, qu'il s'agit de la banale fausse-couche de la jeune mariée. Effectivement, 6 mois après, une autre grossesse débute. Tout se passe bien, et Mme V. accouche d'une petite fille.

Un an après, Mme V. qui veut un autre enfant, très vite, est à nouveau enceinte. Mais, une fausse-couche se produit, dans les mêmes conditions que la première.

Mme V. commence à s'inquiéter. Dès qu'elle se retrouve enceinte, elle va immédiatement consulter un gynécologue. On lui prescrit un traitement hormonal, mais la fausse-couche se produit tout de même.

Bien que Mme V. soit restée couchée, pour la grossesse suivante, et qu'elle ait subi un autre traitement, une nouvelle F.-C. se produira encore.

Après ce dernier échec, Mme V. affirme être au bord de la dépression: "avoir un seul enfant, c'était insuffisant, pour moi. Je voulais une famille nombreuse. Je me sentais frustrée de ne pouvoir avoir d'autres enfants. Et j'ai vraiment cru que je n'en aurais plus jamais." Son médecin, lui-même, est sceptique, et pense qu'elle a peu de chances de mener à bien une nouvelle grossesse.

Elle dit encore que son mari, "peu combattif" se serait contenté d'un seul enfant, "mais, moi, je n'accepte pas les échecs, et les situations imposées, quand elles ne me conviennent pas." D'autre part, Mme V. veut lutter contre la tendance dépressive qu'elle ressent.

Dès qu'elle est remise de sa fausse-couche, elle arrive à convaincre son mari, et commence des démarches en vue d'une adoption.

Parce qu'elle a déjà un enfant, et qu'elle est trop jeune, elle se voit refuser le recours à la D.A.S.S., et s'adresse alors

à des oeuvres privées, dont Terre des Hommes, qui accepte son dossier.

Ce dossier est envoyé pour accord à la Prefecture. Là, on se rend compte que cette famille, qui veut absolument adopter, est prête à accepter un enfant étranger. La D.A.S.S. leur propose alors un petit garçon métis nord-africain, de 16 mois, un "laissé pour compte". Une semaine après, l'enfant est à la maison, bien accueilli par la petite fille, alors âgée de 3 ans et demi.

Mr V. a mis un certain temps pour l'accepter, et les deux grands-pères sont restés longtemps réticents.

C'est le mois de Juin, tout se passe bien, les vacances scolaires commencent, et Mme V. qui est enseignante, peut se consacrer entièrement au bébé.

Comme Mme V. ne veut plus faire l'expérience d'une nouvelle F-C elle suit une méthode contraceptive. Les bilans faits à l'occasion des F-C lui ont au moins appris qu'elle avait une ovulation régulière. Le couple se sert donc de préservatifs, au milieu du cycle. Mme V. qui prétend très bien sentir son ovulation, pense que cette méthode est très sûre.

Or, à la rentrée, Mme V. se trouve enveinte. Les signes de grossesse sont très nets. Mr et Mme V. sont surpris, mais ravis. L'enfant a été conçu 3 mois après l'arrivée de l'enfant adopté.

La grossesse se passe merveilleusement bien. Mme V. reste très active, elle continue son travail, déménage, pour prendre un appartement plus grand.

En Juin, 1 an après l'adoption, une petite fille vient au monde.

Après l'accouchement, Mr et Mme V. reprennent leur méthode des préservatifs, et il n'y aura pas d'autre grossesses-surprise. Cinq ans après, voulant un autre enfant, ils interrompent cette contraception, et obtiennent, au bout de 6 mois, la grossesse désirée, qui se passe bien.

Commentaires

Il s'agit d'un cas de stérilité secondaire, ou plus exactement d'infertilité, puisque des F-C à répétition se sont produites, alors qu'une grossesse avait été menée normalement à terme.

Nous n'envisagerons pas ici le problème de l'origine de ces F-C, manquant d'éléments d'information à ce sujet.

Dans cette observation, un certain aspect du désir d'enfant se manifeste, où l'enfant est voulu comme symbole de puissance.

Il semble que, jusqu'à cette première F-C, Mme V. n'ait jamais rencontré d'obstacles à la réalisation de ses désirs: elle a fait de brillantes études universitaires, son mariage est heureux, son mari se consacre à la recherche, tout lui réussit. Ces circonstances favorables sont autant de confirmations, pour Mme V. du triomphe de sa volonté. Elle a pu prolonger ainsi, jusqu'à l'âge adulte, le sentiment infantile de toute-puissance, qui caractérise le narcissisme.

Mme V. a un idéal bien précis de la famille. Elle veut une famille nombreuse, à l'image de celle de ses parents. Il faut qu'elle fasse comme eux, même mieux qu'eux, puisqu'elle veut 4 enfants. La maternité, pour elle, est au même plan que ses autres réalisations.

Quand une F-C se produit, puis une autre, Mme V. est confrontée à un obstacle empêchant la réalisation de la famille qu'elle désire. Son sentiment de puissance est mis en faillite par cet échec. Un conflit naît qui n'est pas du à l'idée de la stérilité, signifiant l'impossibilité d'être mère, mais à l'idée d'être impuissante. Cet échec l'atteint si profondément qu'une tendance dépressive se manifeste alors.

L'angoisse issue de ce conflit est renforcée à chaque épisode de F-C. Chaque F-C est une preuve d'incapacité. De plus, à chaque nouvelle grossesse, le danger de refaire une nouvelle F-C augmente encore l'angoisse.

L'adoption a interrompu cette situation anxiogène. L'échec est annulé, Mme V. peut poursuivre la construction de sa famille idéale, et retrouve une image valorisante d'elle-même. Elle triomphe d'autant plus qu'elle a obtenu cette adoption, en dépit de circonstances défavorables. Elle ressent aussi le sentiment d'avoir pu surmonter la tendance dépressive dangereuse pour elle. L'angoisse est neutralisée.

Une détente en résulte, qui a permis à Mme V., réconciliée avec elle-même, de mener à terme la grossesse qui s'est produite alors.

Cette grossesse survient à un moment où le couple pratique une contraception, car la grossesse est encore redoutée. C'est une grossesse-surprise. Cette méthode de contraception est cependant sujette à caution car sa sécurité n'est pas absolue. Mais c'est une occasion de constater que le sentiment de toute-puissance de Mme V. s'étend à sa propre personne: elle a l'impression de pouvoir contrôler son corps, puisqu'elle prétend ressentir l'ovulation. Cette grossesse est une défaillance du système de contrôle de Mme V., de sa toute-puissance.

Quand nous avons rencontré Mme V., elle était enceinte; cette grossesse avait été voulue et obtenue. Mme V., comblée, réalisait son idéal: un 4^e enfant.

Donc, grossesse-surprise, chez une femme narcissique, active et volontaire, pour qui un obstacle à la réalisation de son idéal de famille, a mis en faillite sa toute-puissance, et a provoqué une dépression réactionnelle. L'adoption fut un remède à cette dépression.

Observation n° 6 - Mr et Mme H.

Le jeu de l'enchaînement de nos relations amicales a fait que nous avons eu la surprise de recevoir ce très intéressant témoignage, venant de coopérants français au Mali, à qui notre lettre et notre questionnaire avaient fini par être transmis.

1- Lettre de Mme H.

Mon mari est actuellement âgé de 40 ans, et moi de 33 ans. Nous sommes tous les deux enseignants, mais je suis actuellement au chômage, ce qui me permet de me reposer.

Nous avons respectivement 30 et 23 ans, quand nous nous sommes mariés. Mon mari est issu d'une famille protestante, de 3 enfants. Ma famille est catholique, très pratiquante, je suis la plus jeune de 12 enfants. J'ai perdu ma mère à l'âge de 4 ans, et j'ai été élevée par mes soeurs, et de façon plus distante, par mon père.

Nous voulions tous deux avoir des enfants. Mais durant la première année de notre vie conjugale, je ne me souviens pas avoir

été tourmentée par cette idée. En fait, nous étions très absorbés par la vie captivante que nous menions à l'étranger. De plus, j'étais très mal réglée, j'avais des cycles de 40 jours, mais j'étais incroyablement inconsciente, jusqu'au jour où j'ai eu une grossesse extra-utérine.

Pendant un an, je n'avais pris aucun contraceptif, et nous n'avions rien fait pour éviter une grossesse, qui aurait été la bienvenue. Mes cycles étaient tellement longs, que je n'ai pas voulu croire au diagnostic du médecin étranger, cela me semblait trop extraordinaire. Lui-même finit par avoir des doutes, et ce n'est qu'après 15 jours de soins inadaptés que j'ai été hospitalisée, et opérée d'urgence. Là, je me souviens que, juste avant l'opération, j'ai eu très peur de devenir stérile. Le chirurgien craignait une péritonite. Finalement, tout s'est très bien passé, et le docteur m'a affirmé, qu'avec une seule trompe, je pouvais avoir des enfants.

Dés ce jour, nous n'avons plus eu qu'un seul objectif: avoir un enfant.

J'oublie de préciser que ma grossesse extra-utérine était due au fait que mes ovaires étaient enkystés, anomalie de naissance, paraît-il. Le chirurgien a dégagé les ovaires de leur gangue, qui, paraît-il, peut se reformer au bout de quelques années. Je crois que cette petite anomalie a contribué à mon désir d'avoir un enfant au plus vite, car je croyais avoir moins de chances qu'une autre.

Au bout de 6 mois environ, n'étant toujours pas enceinte, j'ai consulté le chirurgien-gynécologue qui m'a fait faire une hystérographie. La trompe restante étant perméable, je pouvais avoir une grossesse.

C'est alors que mon mari et moi avons commencé à essayer de déterminer la date de mon ovulation, à écouter les conseils des uns et des autres, tout cela en vain. Pour moi, c'était devenu une obsession, je ne pensais plus qu'à cela, j'étais jalouse des femmes enceintes, je me sentais incomplète, et je ne voulais pas attendre d'avoir 30 ans pour élever des enfants. Il m'en fallait un tout de suite.

Nous avons commencé à penser à l'adoption, d'un enfant vietnamien, en particulier, car nous étions proches de ce pays, en pleine guerre, et les orphelins ne manquaient pas. Nous nous étions donné encore 6 mois de patience, quand les événements politiques du pays où nous nous trouvions, ont bouleversé nos plans. Coup d'état, massacres, enfants et nouveaux-nés abandonnés par des mères en détresse. Quand on nous a présenté la possibilité d'adopter un de ces bébés, nous n'avons guère réfléchi, et quand on m'a mis un bébé de 3 semaines dans les bras, je crois que j'ai réagi instinctivement, j'ai demandé à l'emmener tout de suite, bien que rien ne fut prêt encore, pour l'accueillir. Nos amis nous ont fourni layette et couffin.

A partir de ce moment, mon mari et moi avons été absorbés, jour et nuit, par ce bébé. Il était malade, colibacillose, muguet, staphylocoques, il souffrait constamment, et mon mari et moi, nous nous sommes relayés jour et nuit, pour le bercer, le changer, le faire boire, etc...

Celà a duré environ 3 semaines, durant lesquelles nous n'avons eu aucun rapport conjugal, nous étions trop fatigués, mais très heureux quand même. Je ne pensais plus du tout à une éventuelle grossesse.

Je ne sais plus ce qui a changé dans notre couple, à l'arrivée de cet enfant. Nous nous sommes sans doute sentis plus unis, mais c'est très loin. Quant à moi, personnellement, j'étais comblée, mon besoin de maternité était satisfait, je soignais, je portais ce bébé, j'ai été désormais très occupée.

Le mois suivant, j'étais enceinte, c'est-à-dire, aussitôt après la reprise normale de nos rapports. Nous avons été à la fois surpris et très heureux. Jamais nous n'aurions voulu n'élever qu'un seul enfant, et nous étions assurés, maintenant, d'en avoir au moins deux.

L'accouchement s'est très bien passé; nous avons eu une fille que j'ai essayé d'allaiter, sans grand succès. Trois ans après, nous avons eu un 3^o enfant, un garçon.

J'en viens à parler de mes rapports affectifs avec chacun de mes enfants. A la naissance de ma fille, je me suis sentie physiquement plus attachée à elle, qu'à mon fils adoptif, bien que la différence d'âge fut minime: il n'était encore qu'un bébé de 11 mois, donc très dépendant. Mais le phénomène s'est reproduit à la naissance de mon fils, qui a détronné d'un seul coup les 2 autres, si je puis m'exprimer ainsi.

2- Lettre de Mr H.

Parallèlement à ce qu'écrit ma femme, je me permets de vous envoyer quelques remarques.

Nous avons été poussés par les événements, lors de l'adoption de notre fils, et notre part de réflexion a été mince, sur le moment. Mais nous avons depuis longtemps admis le principe d'une adoption.

Quand ma femme s'est trouvée enceinte de notre enfant, j'ai été heureux. J'ai été déçu, que ce soit une fille. A mon sens, pour la place de notre fils adoptif dans notre famille, il a été bien que notre deuxième enfant soit une fille. Notre 3^o enfant est venu dans la joie. Je dois dire que j'ai, à mon corps défendant, une légère préférence pour mon fils adoptif, peut-être parce que c'est l'ainé, et aussi, bien sûr, à cause de ce qu'il est, c'est-à-dire un garçon très attachant.

3- Commentaires

Nous sommes tout d'abord frappés par le paradoxe de cette observation. Cette femme, vraisemblablement porteuse d'une anomalie, cause réelle de stérilité: le syndrome de Stein-Leventahl, ne se soucie pas de sa fécondité, avant d'être confrontée, à 25 ans, au problème d'une grossesse extra-utérine.

A part la bizarre qualité de leur vie conjugale, la première année de leur mariage: "absorbés par la vie captivante que nous menions à l'étranger", et le fait que son mari soit plus âgé qu'elle, nous ne relevons rien de remarquable, dans le récit de Mme H., avant le choc de la grossesse extra-utérine.

Le problème de la stérilité a été créé de toutes pièces, à ce moment. Dès que l'idée de la stérilité est née l'angoisse est venue. Et on rencontre ensuite une situation typique de désir de grossesse obsessionnel.

Il y a une véritable cristallisation de l'angoisse du couple sur la fonction génitale. Les rapports sexuels deviennent fonctionnels et sont désérotisés. La libido, détournée vers un but fonctionnel, est mise sous contrôle. Ils'en suit un blocage. La relation entre les deux époux prend un aspect très particulier, car l'autre conjoint n'est plus considéré pour lui-même, mais en tant que co-géniteur.

L'atmosphère dramatique, les conditions d'urgence de l'adoption de l'enfant vietnamien, ont interrompu cette situation bloquée. Les rapports sexuels du couple se sont trouvés suspendus, pendant 3 semaines, et il est significatif que Mme H. en parle. Quand ils ont repris, il est certain qu'ils n'étaient plus entachés de ce côté utilitaire néfaste, et qu'ils retrouvaient une spontanéité et une valeur qui leur avaient fait défaut.

Il est tout à fait remarquable qu'une ovulation ait eu lieu, à ce moment, puisque ce phénomène est probablement assez rare.

Les événements suivants confirment que le sens maternel de Mme H. était dénué de perturbations. La grossesse a toute sa valeur, pour elle, et elle décrit très bien son attachement physique pour son nouveau-né. Contrairement à d'autres observations, cette grossesse n'est pas sujette à rejet; Mme H. fait bien la différence entre ses enfants et son fils adoptif.

Mr H. insiste sur le fait que cette adoption n'a pas été mûrement réfléchie, et qu'ils ont été poussés par les événements. Sa réaction face à l'enfant adopté est intéressante. Il a sûrement eu certaines difficultés à accepter ce garçon, qui ne correspondait pas au fils imaginaire, digne de transmettre son nom, et de continuer la lignée. Il s'est bien rendu compte que, si leur premier enfant avait été un garçon, il y aurait eu une terrible rivalité entre les deux garçons, et qu'il aurait rejeté l'enfant adopté; c'est pourquoi il dit que c'est bien que ce soit une fille, malgré la déception ressentie, au niveau de son narcissisme.

Donc, désir obsessionnel de grossesse, et angoisse de stérilité, déclenché par un épisode alarmant de grossesse extra-utérine, alors que tout était normal, auparavant, bien qu'une pathologie authentique existait, cause habituelle de stérilité.

Observation n° 7 - Mr A.

1- Lettre de Mr A.

Ma femme et moi avons actuellement 48 et 51 ans, respectivement. Ma femme était la deuxième d'une famille de 3 enfants, ses 2 frères ont eux-mêmes des enfants, moi-même, je suis le 6° d'une famille de 8 enfants. tous en bonne santé, et ayant des enfants.

Dès notre mariage, en 1950, nous désirions des enfants, et avons eu à résoudre, dès le début, des problèmes de grossesse qui n'aboutissaient pas, malgré diverses consultations auprès de spécialistes, et traitements suivis strictement.

Le diagnostic était: insuffisance hormonale, qu'on ne pouvait doser, ni corriger correctement.

C'est ainsi, qu'en 8 ans, 5 grossesses n'ont pas abouti.

Vers 1957, nous avons alors décidé de nous tourner vers l'adoption. Notre premier enfant, une fille, nous a été confié, en Juin 1960, à l'âge de 10 jours. Cette adoption s'est faite sans problèmes. Nous désirions adopter un second enfant, ce qui a pu se réaliser 5 ans après, en 1965, lorsqu'on nous a confié un petit garçon de 3 mois.

Rien de particulier n'a changé dans notre couple à la suite de ces deux adoptions, que nous étions heureux d'avoir pu réaliser.

Nous évitions une nouvelle grossesse toujours possible, craignant qu'elle n'aboutisse pas plus que les précédentes.

Or, cela est arrivé, en Mai 1969.. Très surpris, et inquiets sur ce qui allait encore arriver, nous n'avons fait aucun traitement, pendant les 3 premiers mois, puis notre médecin nous a dirigés vers le Professeur G., de Grenoble.

Grâce à sa compétence et à un traitement par hormones et cortisone, suivie de très près, en collaboration avec le laboratoire de l'hôpital, la grossesse a pu être amenée au 7^o mois, où l'accouchement par césarienne a été décidé.

Ce fut un garçon de 1 Kg 600, et après deux mois encore en couveuse, nous avons eu notre 3^o enfant à la maison, à la grande joie de nos deux premiers, qui, à leur tour, l'ont adopté de grand cœur.

Nous sommes heureux d'avoir pu adopter nos deux premiers enfants, car ainsi, le 3^o qui nous arrivait après 20 ans de mariage, à 41 et 44 ans, avait déjà une soeur et un frère, et nous pensons que c'est mieux pour lui, et pour nous aussi, que s'il avait été notre premier né.

2- Commentaires

Ce récit, comme tout écrit, est très contrôlé. De plus, c'est le récit du mari, la femme ne se manifeste pas (la lettre était pourtant bien adressée à madame et monsieur A.)

La grossesse s'est produite, chez ce couple, après 19 ans de mariage, et on voit bien qu'elle n'était pas du tout désirée. Elle a été accueillie avec une certaine angoisse, à cause d'antécédents pathologiques de fausses-couches à répétition.

Cette grossesse apparaît plutôt comme une maladie, que comme une gestation, issue du couple. Elle se déroule en dehors d'eux, grâce à une intervention supérieure et toute-puissante. On constate une totale passivité, par rapport à l'évènement.

Mr et Mme A. apparaissent comme insuffisants à mener à bien, tous seuls cette grossesse. C'est le médecin qui a soigné, qui a accouché, et qui a couvé. Puis "on" leur a donné leur 3^o enfant. Sur le médecin, ils projettent l'image parentale, porteuse de permission, de protection et d'assistance.

La réflexion relative à leur âge, par rapport à celui de l'enfant est significative. Non seulement ils donnent leur enfant aux deux aînés, qui l'intronise 'adopté' lui aussi, mais ils font de ces aînés les tuteurs du jeune enfant, suppléants possibles, en cas de disparition prématurée des parents. Or la mère a actuellement 48 ans, et son enfant, 7 ans.

Ayant été insuffisants pour assurer la gestation de l'enfant, ils redoutent d'être aussi insuffisants pour assurer son éducation.

Donc: grossesse-surprise, vécue comme une maladie

Observation n° 8 - Mme L.

1 - Lettre de Mme L.

Nous nous sommes mariés, il y a 12 ans; mon mari avait 29 ans et était ouvrier, moi, 30 ans, institutrice. Ma famille se composait de 4 enfants. J'avais 3 frères. Mes parents étaient très sévères, tandis que chez mon mari, qui avait également 4 frères, les parents étaient bons vivants.

Nous voulions une famille nombreuse, tout de suite.

Au bout d'un an, alors que le médecin avait diagnostiqué des débuts de grossesse à plusieurs reprises, et que les tests étaient négatifs, nous nous sommes douté que quelque chose ne marchait pas.

Les analyses de mon mari et de moi n'ont rien montré. La radio de l'appareil génital était normale, trompes perméables. Nous avons suivi la méthode des températures, pour surveiller le cycle qui n'était pas régulier, mais comportait presque toujours une ovulation.

J'ai subi une série de piqûres. Les traitements ont duré 4 ans. Et il y a eu plusieurs inséminations artificielles, avec le sperme du mari, résultats négatifs.

Vers la 2° ou 3° année de mariage, nous avons songé à l'adoption, en parlant autour de nous, et en faisant la connaissance de parents ayant adopté un enfant. Nous avons commencé les démarches pendant la 5° année de notre mariage.

En Juillet 1975, nous avons accueilli une petite fille de 6 mois, née d'un père blanc et d'une mère noire; et, en Octobre de la même année, un grand garçon de 9 ans, originaire des Antilles Françaises.

En quelques mois, nous avons eu 2 enfants, et notre vie a été transformée. Ces 2 enfants se sont aimés, et se sont épanouis: le bébé qui était tout petit pour son âge, est, en ce moment une grande fille de 3 ans, très éveillée pour son âge; et le garçon, qui ne savait ni lire, ni écrire, à 9 ans, a rattrapé son retard scolaire, et entrera en 6°, à la prochaine rentrée.

La grossesse est arrivée, alors qu'on n'y pensait plus, et qu'on était pleinement heureux. Celà a été une grande joie, pour nous, et les 2 aînés ont été très heureux, car nous leur avons expliqué que c'était grâce à eux, que nous allions avoir un enfant. C'était parce que nous étions pleinement heureux que cet enfant allait naître.

C'est en ce moment un beau bébé de 8 mois. Il est né par césarienne. Il est la joie de toute la famille, et nos enfants forment un beau trio.

Nous avons vécu une aventure merveilleuse, et nous allons consacrer notre vie à rendre heureux nos enfants.

2 - Commentaires

Le récit de Mme L. est un récit très contrôlé, et très conventionnel. Elle nie tout problème, alors que ces adoptions d'enfants si différents d'âge, en quelques mois, de races différentes, ne sont pas des situations faciles.

Mais grâce à ces adoptions, Mme L. a pu prouver ses qualités de bonne mère.

On peut tirer des quelques indices qu'elle donne sur sa famille, que Mme L., seule fille, élevée par des parents sévères, avait sûrement besoin de s'affirmer.

On ne peut que se demander si les faux diagnostics de grossesse, auxquels elle fait allusion, datant du début de son mariage, n'étaient pas, en fait, des grossesses "nerveuses".

Elle insiste tellement sur le fait du bonheur survenu après les adoptions, qu'il est possible de penser qu'il y avait contraste avec le manque de bonheur, auparavant.

Ces adoptions ont été une réussite, pour Mme L. Elles lui ont permis de faire preuve de ses qualités d'éducatrice. Son enseignement réussit à merveille.

Cette situation valorisante lui a certainement permis de s'épanouir, et d'être une bonne épouse.

On remarque, par ailleurs, l'extrême médicalisation de ce cas. Bien qu'aucune anomalie n'ait été décelée, les traitements médicaux ont duré 4 ans.

On peut évoquer, dans ce cas encore, le côté fonctionnel que prend la fonction génitale, au cours de si longs traitements de stérilité, renforcé par le super-contrôle médical.

Les traitements médicaux, même les plus sophistiqués, ayant échoué, une sorte de dépression s'installe, chez le couple, devant tous ces échecs. Il faut l'adoption pour sortir de cette situation. D'où le bonheur, si contrastant.

Donc: grossesse-surprise, attribuée totalement au rôle bénéfique des enfants adoptés.

D E U X I E M E P A R T I E
=====

RESULTATS

Nous avons résumé en deux tableaux les résultats de nos entretiens.

Tableau 1

Il rassemble les événements, tels qu'ils se sont déroulés.

1- Origines de la stérilité

Elles sont très diverses, en rapport avec des affections gynécologiques variées. On remarque cependant 2 causes de stérilité, réputées absolues: l'une masculine (3) une azoospermie excrétoire, l'autre féminine (6), un syndrome de Stein-Leventhal.

Dans deux cas, (2) et (8), le bilan médical a été normal.

2- Délai mariage-adoption

La stérilité s'installe chez ces couples, pendant des délais variant de 3 ans à 14 ans

3- Adoption

Il y a trois cas de double adoption: (3), (7) et (8). La plupart des enfants adoptés sont des nourrissons, dont l'âge s'étale de 6 jours à 16 mois, sauf 2 cas (4) et (8), où l'enfant est plus âgé: 3 ans et 9 ans.

4- Délai adoption-grossesse

On peut remarquer que le délai entre l'adoption et la grossesse est en général assez court, de l'ordre de quelques mois: de 1 mois, à 6 mois, sauf dans 2 cas (7) et (8), où il a été de 1 an et 4 ans, et après une deuxième adoption.

5- Accouchements

Au fur et à mesure que nous avons enregistré nos entretiens, nous avons remarqué la répétition des accouchements par césarienne, ou par forceps, donc sous anesthésie générale. Pour une raison ou pour une autre, les circonstances voulaient que ces femmes n'assistent pas conscientes, à leur accouchement.

Les deux seuls accouchements normaux (5) et (6) correspondent, il faut le noter aux deux plus jeunes femmes. Ce sont aussi celles qui sont restées le moins longtemps dans la situation de stérilité (3 ans), et qui ont eu une grossesse très rapidement après l'adoption: 3 mois et 1 mois. De même, elles ont eu au moins, une autre grossesse, ensuite, confirmant leur attitude positive face à la maternité.

On observe alors que les autres femmes sont toutes restées très longtemps dans la situation de stérilité: 6 ans au moins, 14 ans au plus. Elles étaient ainsi bien plus âgées quand elles ont eu leur grossesse, et ont donc rencontré les difficultés et les risques de toute primipare âgée. Mais on sait (O'Sullivan, (55)) qu'il y a tout de même 40% des accouchements de primipares âgées qui sont normaux. Or, dans notre petite série, il n'y en a eu aucun.

On peut déjà conclure que ce fait est significatif.

TABLEAU 1

Récits	Etiologies des stérilités	Durée Sté	Nombres d'adoption	Délai adoption -grossesse	Accouchement	Nombres d'enfants naturels
1 Mme A.	Vaginisme	12 ans	1 garçon de 3 mois	quelques mois après (+deuil du père)	Césarienne à 34 ans	1 garçon
2 Mme T.	Femme Normale Mari ?	9 ans	1 fille de 6 jours	après annonce d'une 2° adoption	1°: AG pour forceps 2°: Normal	1 garçon 1 fille, 1 an après
3 Mme C. Mr C.	Azoospermie	6 ans	1° garçon de 3 mois 2° fille de 4 mois	quelques mois après la 2° adoption	AG pour forceps à 35 ans	1 fille
4 Mme P.	Obstruction tubaire	14 ans	1 fille de 3 ans	6 mois après (+crise, divorce)	Césarienne à 39 ans	1 garçon
5 Mme V.	Stérilité IIaire FC à répétition	3 ans	1 garçon de 16 mois	3 mois après	1°: Normal, à 24 ans 2°: Normal, à 28 ans	1° fille (avant les FC) 2° fille 3° (en cours)
6 Mme H. Mr H.	Sd. de Stein GEU	3 ans	1 garçon de 3 mois	1 mois après	1°: Normal, à 25 ans 2°: Normal, à 28 ans	1° fille 2° garçon, 3 ans après
7 Mr A.	FC à répétition (5 en 8ans)	10 ans	1° fille de 10 jours 2° garçon de 3 mois	4 ans après la 2° adoption	Césarienne, à 41 ans	1 garçon
8 Mme L.	Femme Normale Mari Normal	10 ans	1° fille de 6 mois 2° garçon de 9 ans	1 an après la 2° adoption	Césarienne, à 42 ans	1 garçon

Tableau 2

Il rassemble les données d'ordre psychologiques.

1- Personnalité

On ne peut faire aucun rapprochement entre ces différentes personnalités. Dans deux cas seulement, nous avons relevé l'importance du rôle maternel, et dans un cas, du rôle paternel.

Il est bien évident qu'un seul entretien était insuffisant pour mettre en lumière de tels facteurs psychologiques. Mais quand ils apparaissent, ainsi d'emblée, ils sont très révélateurs.

2- Tendances négatives

Le rapprochement des éléments négatifs que nous avons relevés, envers la sexualité et la grossesse, révèle un certain point commun à ces stérilités. Nous avons retrouvé, de façon quasi constante, une attitude négative, devant les exigences de la fonction de reproduction, avec des blocages à chaque étape de cette fonction, depuis le refus de toute sexualité, de la vaginique, jusqu'à la peur de la grossesse, vécue comme une détérioration ou une maladie.

Il est intéressant de confronter les deux tableaux, pour ce qui concerne la façon dont s'est déroulé l'accouchement, et la présence de ces facteurs négatifs.

On constate que les 2 seuls cas (5) et (6) où il n'a pas été retrouvé de tendances négatives envers la sexualité et la grossesse, sont précisément les 2 seuls cas d'accouchements normaux.

Nous pensons que dans tous les autres cas, le déroulement difficile de l'accouchement n'est que le prolongement des difficultés que ces femmes avaient éprouvées à vivre leur sexualité, et n'est que la manifestation de leurs inhibitions.

De plus, le long passé de stérilité a joué certainement comme facteur perturbateur supplémentaire.

Tous ces facteurs inhibiteurs ont fait que ces femmes étaient incapables d'accoucher spontanément.

3- Grossesse-Rôle de la maternité

L'attitude de ces 6 femmes devant la réalité de leur propre grossesse est en corrélation avec ces blocages, car nous avons souvent relevé une tendance à nier toute valeur, toute importance particulière à ces grossesses. Nous constatons que la grossesse est dévalorisée, que les phénomènes de la gestation sont minimisés, parfois niés, par rapport aux affres de l'attente de l'adoption. Nous avons remarqué, aussi, que ces grossesses sont toujours diagnostiquées tardivement; l'une l'a été au 6^e mois.

Mme A. dit de son fils adoptif qu'elle l'a attendu 12 ans, laissant entendre qu'une grossesse de 9 mois, ce n'est rien, en comparaison.

Mme T. remarque qu'elle a "eu" sa fille (adoptive) à l'âge de 6 jours, et son fils (naturel), à l'âge de 3 mois, marquant bien la différence entre ses deux "acquisitions".

Mme C., enceinte, réplique à une de ses amies qui s'étonne de son indifférence à son état, qu'elle n'a plus rien à découvrir, puisqu'elle en est à sa "3^e grossesse" (alors que les deux premiers enfants sont adoptés), et cette grossesse-là n'est rien, à comparer des "grossesses de 3 ans" qu'elle a vécues.

Il n'y a que dans les cas (5) et (6) que la grossesse a été bien vécue, et aussi, le cas (4), Mme P., pour qui la grossesse seule permettait la compensation narcissique attendue.

TABLEAU 2

Récits	Personnalité	Tendances négatives	Rôle de l'adoption	Grossesse	Rôle de la maternité	Attachement aux enfants adoptés
Mme A.	Rigidité, attachement au père, et agressivité avec la mère	Refoulement de la sexualité Vaginisme	Annulation de la culpabilité envers la mère	surprise	Nié	++
Mme T.	Relation agressive et culpabilisée avec la mère	Refus de la grossesse	Officialisation du rapt d'enfant	surprise	Nié	+ -
Mme C.	Angoisse de stérilité, revendication de la stérilité conjugale	Refus de la sexualité Peur de la grossesse, vécue comme une détérioration	Accession à la maternité	surprise	Nié	++
Mme P.	Ambivalence. Lutte entre tendances narcissiques et masochistes	Peur de la grossesse, danger de mort	Pseudo-maternité Echec	surprise	+	rejet
Mme V.	Volontaire. Narcissique Enfant-symbole de puissance		Remède à la dépression	surprise	+	//
Mme H.	Désir obsessionnel de grossesse		Interruption d'une situation nocive	surprise	+	//
Mr A.	Image parentale projetée sur le médecin	Grossesse-maladie	Réussite. Bonheur	surprise	Nié	++
Mme L.	Médicalisation	Contrôle de la sexualité déviée sur la reproduction	Réussite de l'éducation Bonheur	surprise	Nié	++

4- Enfants adoptés-Enfants naturels

Cette attitude se prolonge dans celle qu'ont ces femmes, face à leurs propres enfants. Dans 5 cas (1), (2), (3), (7) et (8) on constate une tendance à ramener l'enfant naturel au rang d'enfant adopté, quand il ne s'agit pas de réserver la première place à l'enfant adopté, aimé le premier.

5- Rôle de l'adoption

L'adoption n'a été un échec que dans un seul cas, celui de Mme P. (4), car cette pseudo-maternité ne pouvait procurer la satisfaction narcissique recherchée, obtenue seulement grâce à une grossesse réelle, et à la naissance d'un fils.

Dans tous les autres cas, l'adoption a joué un rôle positif, en permettant d'acquiescer un certain équilibre. Grâce à l'adoption, certains couples pouvaient accéder à la maternité, en contournant les interdits qui frappaient la sexualité. Pour d'autres, l'adoption a marqué la fin de la situation d'échec due à la stérilité.

Nous avons souvent relevé l'affirmation du bonheur apporté par l'adoption contrastant avec la situation frustrante de la stérilité.

6- Grossesses-surprises

Nous avons constaté, par ailleurs, que dans tous ces cas, la grossesse s'est réellement produite par surprise, à un moment où le couple ne la désirait pas, sauf peut-être dans le cas de Mme P. (4), où nous avons volontairement soulevé le doute d'une entreprise de séduction plus ou moins consciente.

L'adoption a créé une situation telle que la stérilité est, soit annulée, soit remédiée, et n'attire plus l'angoisse du couple.

L'ancien problème est totalement oublié, à un tel point que, sauf dans les cas (5) et (6), la grossesse non voulue, inquiète et dérange, troublant l'équilibre acquis, faisant ressurgir les angoisses.

Résumé

A travers les deux attitudes que nous avons rencontrées, face à la maternité, l'une négative, de peur ou de refus, l'autre positive, malgré la suspension de sa réalisation, se reflète le double aspect du désir d'enfant :

- un désir "social" d'enfant, obéissant à la pression des normes socioculturelles, extérieures au Moi, ne rencontrant aucun écho du même désir au niveau inconscient, avec, donc, absence de motivations profondes.

- un désir de grossesse, besoin de vivre et de ressentir l'expérience de la gestation, viscéralement, en accord avec des motivations inconscientes.

Donc, dans les six cas relevés, où se manifestaient des tendances négatives envers la sexualité et la maternité, l'inhibition de la fécondité relevait plutôt d'une absence de motivations profondes du désir d'enfant. Bien que la maternité, apparemment, soit recherchée, il existait, au niveau de l'inconscient, un refus de la maternité.

Dans les 2 cas isolés, de Mme V. et Mme H., le désir de maternité était bien réel, mais une circonstance inattendue a fait surgir une angoisse pathogène. L'importance de ce désir s'est trouvée amplifiée, et c'est devenu un désir obsessionnel, envahissant l'affectivité du sujet.

Quelle qu'en soit l'origine, l'adoption a interrompu une situation conflictuelle et angoissante, amenée par la stérilité, et a apporté un certain équilibre dans le couple. Les témoignages de satisfaction sont unanimes à ce sujet.

Toutes les grossesses qui ont suivi ces adoptions, ont été des grossesses-surprises.

TROISIEME PARTIE
=====

DISCUSSION

ETUDE ANALYTIQUE DE LA LITTERATURE

Une abondante littérature a été consacrée, tant aux deux sujets-clefs, que sont stérilité psychogène et adoption, qu'au phénomène des grossesses après adoption.

Pour mieux comprendre le déroulement de ce processus particulier qui fait d'un couple qui se vit comme stérile et décide d'adopter, un couple fécond, nous allons essayer de passer en revue ce qui a été dit, dans la littérature, sur les 3 actes de ce "drame":

- 1- le désir d'enfant
- 2- l'expérience de la stérilité
- 3- l'adoption et la grossesse consécutive.

1-DESIR D'ENFANT

Si on interroge les couples sur les motivations de leur désir d'enfant, les réponses sont presque toujours superficielles et stéréotypées: parce que c'est normal, parce qu'on aime les enfants, etc..., ou on invoque la sacro-sainte nature.

Mais c'est une évidence qui n'est qu'apparente, et les mobiles, plus ou moins inconscients qui sont sous-jacents au désir d'enfant, sont nombreux et puissants; ils émergent, maintenant que la procréation pourrait être totalement maîtrisée, et se manifestent à travers les résistances à la contraception auxquelles nous nous heurtons.

1-1-Motivations conscientes individuelles

-D'abord, pour certaines femmes, la grossesse est désirée comme un symbole de normalité, de bon fonctionnement de leur propre corps (W. Pasini, 60). Pour les adolescentes, en particulier, la grossesse est le signe de leur féminité déjà actuelle, tout comme, dans la pré-ménopause, elle peut devenir le témoignage d'une féminité encore présente. Donc faire un enfant, c'est se sentir normal, dans son corps, mais aussi normal, "comme tout le monde", c'est se conformer au modèle admis de la famille, et rentrer dans le monde des adultes.

-On rencontre même un certain type de femmes, qui ne se sentent vraiment épanouies que lorsqu'elles sont enceintes, et qui témoignent d'un désir permanent de grossesse. Dans ces cas, dit W. Pasini, la grossesse est un symbole de complétude.

-La fierté du jeune couple qui va devenir parents, donc couple adulte illustre bien que la grossesse est aussi un signe de prestige. L'enfant est un symbole de puissance, qui confère au couple, et plus encore à la femme, une pré-éminence sociale très attendue. La mère jouit d'une considération générale supérieure à celle de la femme mariée.

-Images de la femme, et maternité

Dans notre société moderne, un troisième thème est venu s'ajouter au duo traditionnel: rôle de mère, rôle d'épouse de la femme, c'est le rôle professionnel. Mais, au contraire de ce que pourraient faire croire les théories féministes, qui mettent au premier plan des revendications, le rôle professionnel de la femme, et aboutissent à masquer son rôle maternel, la maternité demeure, pour la majorité des femmes, la réalisation féminine essentielle, comme le montre une enquête sociologique récente (17)

Cornélia, mère des Gracques, est citée en exemple depuis l'histoire romaine: quand on lui demanda de faire preuve de sa richesse, elle appela ses deux fils, et dit: "Voici mes plus beaux bijoux". Cette mère orgueilleuse et légendaire, illustre bien l'idée de puissance qui valorise les enfants, objets possédés. Françoise Dolto (25) caractérise ce type d'amour maternel, d'exhibitionnisme d'Avoir.

-Pour les hommes, faire un enfant, c'est souvent la confirmation de leur virilité, car, pour beaucoup d'entre eux, puissance virile et puissance reproductive sont confondues, mélange curieux de la notion de fécondité et des capacités sexuelles, remarque David Elia (28). Mais la puissance du Patriarche n'était-elle pas intimement liée à la dimension de sa famille, et au nombre d'enfants qui constituaient le clan? De plus, l'homme se réassure, quant à sa propre valeur, grâce au pouvoir que confère à ceux à qui il appartient, un être démuné, dépendant et confiant, dit Michel Soulé (77).

1-2-Motivations extérieures, les facteurs socio-culturels

1-2-1-Facteurs religieux

Le désir d'enfant peut être aussi l'expression de l'obéissance à une loi religieuse. Le commandement biblique "Multipliez" confère au désir humain d'avoir une descendance une dimension spirituelle, étroitement liée à la croyance en l'immortalité.

Dans certaines croyances hindoues, mêmes, l'homme ne pouvait accéder au salut éternel que s'il avait engendré une descendance; l'immortalité ne lui était ouverte que s'il s'était perpétué, terme d'ailleurs plein de signification.

Sous cette forme spiritualisée, se reflète l'instinct de reproduction, lié au besoin profond de nier la mort et de servir la vie. L'enfant, dit Michel Soulé (77) intervient dans la lutte des adultes contre l'angoisse de la mort; lorsqu'on a une descendance, on ne meurt pas tout à fait.

Le désir d'enfant peut être parfois "un alibi religieux" aux rapports sexuels. L'interdiction du plaisir, prononcée par les religions judéo-chrétiennes, ne laissait qu'un seul but à la sexualité: la procréation. Pour certains couples encore, la grossesse peut être désirée comme compensation d'un plaisir sexuel jugé coupable.

Inversement, le pire châtiment divin consiste à frapper de stérilité ceux qui ont gravement pêché.

1-2-2-Facteurs culturels

Notre culture ne conçoit plus de mariages que par Amour, et ne conçoit plus d'autre forme d'amour que l'amour-passion.

L'ouvrage de Denis de Rougemont, "L'Amour et l'Occident", fait ressortir l'évolution du mythe de l'Amour, depuis le Moyen-Age, où une très forte dichotomie existait entre mariage et amour, pendant toute la période de "l'amour courtois", de "la fine amor" selon l'expression historique, jusqu'à une époque récente, vers la fin du XVIII^e siècle, où les couples mariés commencent à devenir les couples modèles, et l'image de l'Amour Conjugal s'impose.

A cette époque, également, au moment du Romantisme, se manifeste un déchaînement du sentiment; c'est le début du mythe de l'Amour-Passion, qui aboutit à la conception moderne de l'amour et du mariage.

On constate, avec Evelyn Sullerot (80) que: "depuis une dizaine d'années, les jeunes français chargent le navire "mariage" de toutes les demandes; il doit être une réussite totale à tous les plans: sexuel, intellectuel, affectif, familial, et social."

En effet, dans notre société, le bonheur est une exigence impérieuse, une revendication, même, et on considère qu'il repose, pour l'essentiel, sur le bonheur conjugal, que Germaine Greer (31), analyse ironiquement, comme "la plus grande satisfaction que l'être humain puisse trouver dans cette vallée de larmes".

L'enfant, conçu dans cette exaltation, l'enfant de l'amour, représente la consécration de cet amour, et en assure la pérennité.

C'est ainsi que se concrétise l'image idéale du couple heureux et de sa progéniture, telle qu'elle ressort des romans, chansons, films, et de la presse féminine.

Parfois même, le désir d'enfant peut relever d'une tentative de rattrapage de ce bonheur conjugal idéal, chez un couple dont l'entente faiblit et qui cherche, à travers cet enfant-remède, à recréer un lien d'amour.

Un autre versant du mythe de l'amour, c'est l'altruisme, très déprécié à notre époque, mais encore puissant, dans notre monde qui reste fortement influencé par le catholicisme.

On veut un enfant, pour lui donner "tout l'amour du monde", évoquant les exploits des femelles animales, qui défendent leurs petits des dangers, au mépris de leur propre vie; c'est l'amour de la mère, dit Germaine Greer, (31) qui couvre son enfant de son corps, noble, instinctif, et féminin. L'image de la mère, dit Françoise Dolto, belle, bonne, sereine, dévouée, souriante, douce à celui qui souffre, ...continue de rester aux cimes des coeurs (25).

C'est cet amour pour l'enfant, qui pendant des siècles, a permis aux femmes d'être rachetées de la tare originelle, aux yeux des hommes. Simone de Beauvoir, dans le "Deuxième Sexe" décrit ce double mythe de la féminité: la femme, en qui s'incarnent les tentations de la terre, du sexe, du démon, devient, en tant que Mère, rassurante et sainte, chérie et respectée. Et le héros meurt en appelant sa mère...

1-2-3-Facteurs sociaux

Sans vouloir nous risquer à faire de la psycho-sociologie, nous nous en tiendrons à quelques remarques assez simples, nous permettant de ne pas ignorer totalement la question.

La famille, bien que très critiquée, accusée d'être pathogène, parce que réduite à la dimension de "cellule familiale", demeure la norme sociale la plus solide, parce que dernière structure de protection de l'individu.

Il suffit, pour s'en convaincre, de considérer le monde à travers la Publicité, et on constate que c'est le cadre familial qui est le plus souvent utilisé, que ce soit pour vanter une banque, un fromage, ou une lessive. Tous les professionnels du marketing savent bien que l'image de la famille est une bonne image, qui fait vendre, autant que l'image de l'enfant. L'enfant, mieux, l'idée idéale de l'enfant, représente la corde sensible dont la publicité abuse.

Mais, si les normes socio-culturelles prônent toujours la famille, elles reflètent aussi l'ambivalence de nos conceptions, en ce qui concerne l'image de la femme, entre son rôle érotique et son rôle maternel. En conservant l'exemple du monde vu par la publicité, on voit que l'image de la femme qu'on y rencontre est celle de la femme érotique, et érotisée, au ventre plat et aux seins agressifs, bref anti-maternelle, et jamais celle de la femme enceinte, considérant qu'elle est une femme "déformée".

En définitive, bien que l'on puisse dire encore, avec Malinowski (43): la maternité est un idéal moral, religieux, et même artistique de notre civilisation, il semble cependant que ces normes socio-culturelles ne sont

pas si déterminantes, puisque la natalité, en baisse, dans nos pays industrialisés, soulève les inquiétudes que l'on sait, sans que nul ne soit capable d'en saisir la raison.

Les lois cherchent pourtant à favoriser la famille, mais elles paraissent insuffisantes; et de toutes façons, il faut bien reconnaître que la civilisation industrielle et souvent, urbaine, n'est guère favorable aux enfants.

Ces facteurs socio-culturels déterminent plutôt la dimension de la famille. Mais au niveau individuel, à l'instant de la décision de vouloir faire un enfant, c'est "l'instinct", ou "désir de procréation" qui s'exprime. Avec cette dernière notion, nous abordons le domaine des pulsions, domaine du "ça", selon l'organisation du psychisme vue par les psychanalystes par opposition au "surmoi", où s'exercent les facteurs socio-culturels évoqués précédemment.

1-3- Apport de la psychanalyse

On sait, depuis les découvertes de Freud, l'importance des différentes étapes: orale, anale, et génitale, de l'évolution psycho-affective du petit garçon et de la petite fille.

Si on suit l'analyse freudienne de la sexualité, on constate que le désir d'enfant s'enracine à des phases très précoces: à la phase phallique, et essentiellement à la phase oedipienne.

1-3-1- Etape phallique et angoisse de castration

Selon les données de la psychanalyse, après s'être porté sur la zone orale, puis anale, l'intérêt de l'enfant se porte sur la zone génitale.

Le petit garçon se rend compte de la différence morphologique entre les deux sexes, et sait qu'il a un pénis; il en tire fierté et sent que la possession de cet organe est un symbole de puissance (=symbole phallique). Mais en même temps, du fait qu'une partie de l'humanité en est dépourvue, il craint continuellement de le perdre. Cette crainte, l'angoisse de castration, induit chez l'homme adulte, des comportements de type "viril": hyperactivité, discours, choix de profession, possession d'objets phalliques, qui représentent des conduites défensives, destinées à conjurer cette angoisse de castration, en multipliant les preuves de la puissance phallique. Et le désir d'enfant, peut apparaître ainsi, chez l'homme, comme désir d'une confirmation de cette puissance phallique, imaginaire.

Chez la petite fille, la reconnaissance de cette différence s'accompagne d'une expérience de perte: elle n'a pas de pénis, elle reste écartée de la puissance phallique. Freud attache beaucoup d'importance à l'envie du pénis, qui se manifeste, chez la petite fille, quand elle constate cette castration effective; envie évidente, chez les filles qui adoptent un comportement de "garçons manqués".

Selon le schéma freudien, la grossesse représente la seule réparation possible de cette perte phallique, l'enfant devenant, suivant une équivalence que Freud analyse, le substitut du pénis.

Nous pouvons dire ainsi, avec Michel Soulé (78): le fait d'avoir un enfant permet à l'homme et à la femme de se prémunir contre l'angoisse de castration.

1-3-2- Phase oedipienne

Dans le conflit oedipien, tel qu'on le décrit classiquement, un mouvement amoureux attire l'enfant vers le parent de sexe opposé, et le fait entrer en opposition avec le parent de même sexe.

Le petit garçon désire sa mère et manifeste l'espoir de lui faire un enfant. Il entre, dit Julien Cohen-Solal (19), dans une sorte de phase de grâce, où il cajole, a envie de séduire, et où son entourage est sensible à ce nouvel aspect de sa personnalité.

Mais l'enfant se heurte à l'impossibilité de réaliser ses désirs. "Inévitablement, l'absence de la satisfaction espérée, l'incessante frustration de l'enfant désiré, conduiraient le petit amoureux à se détourner de son penchant sans espoir" Freud (29).

De plus, le petit garçon se heurte à la rivalité du père. C'est alors qu'intervient la "loi du père": l'intervention du père amène la résolution de l'oedipe, en interdisant l'inceste, et en faisant reconnaître la prééminence du couple, et surtout, elle établit la notion de situation réelle.

Freud fait s'articuler à la dissolution de l'oedipe l'angoisse de castration. L'interdit du père fait que la menace de castration est devenue crédible. La peur de perdre son pénis amène aussi le garçon à abandonner l'oedipe.

A l'âge adulte, "c'est dans la relation désirante avec une femme, qui, tout en actualisant les désirs infantiles, sera reconnue comme différente, autre, que se dénouera la problématique oedipienne" A. Beetschen (8).

Pour la petite fille, la séquence est inverse, et le complexe de castration est déterminant: comprenant qu'elle partage le sort de la mère, comme elle sans pénis, la fillette se détourne d'elle, et manifeste alors un désir pour le père, souhaitant, fantasmatiquement, obtenir de lui le très précieux pénis. Pour Freud, c'est cette envie du pénis qui conduira à l'étape suivante: l'envie d'enfant; dans le refus qu'oppose le père aux désirs incestueux de la petite fille, se fonde le motif du transfert de ses pulsions sur un autre homme.

La mère intervient aussi, dans la résolution de l'oedipe, en introduisant le phénomène de la "triangulation" dont parle Freud. Elle consitue le 3° angle du triangle familial, entre le père et la fille. Par sa présence, elle empêche la situation imaginaire de se mêler au réel.

Il faut ajouter que, selon Freud, pour que l'évolution de la sexualité féminine soit complète, il faut que la femme mette au monde un garçon, porteur du pénis tant convoité. Ce n'est qu'en devenant mère d'un fils, que la femme pourra être dédommée de l'humiliation narcissique de la castration. Freud dit: "Seuls les rapports de mère à fils sont capables de donner à la mère une plénitude de satisfaction, car de toutes les relations humaines, ce sont les plus parfaites et les plus dénuées d'ambivalence". (30)

1-3-3-Désir de procréation

Karen Horney, puis Mélanie Klein ont mis en cause le système freudien, en insistant sur le désir de procréation.

En ce qui concerne le désir d'enfant, Mélanie Klein substitue le désir de procréation, à l'envie du pénis de Freud, désir présent, chez l'homme, comme chez la femme.

Ce désir de procréation, irréalisable chez l'homme, serait, en d'autres termes, comme l'exprime Willy Pasini (60), un désir très précoce d'identification à la mère, et précéderait chronologiquement l'envie de pénis chez la fillette.

Un mythe tel que l'histoire d'Athéna naissant du cerveau de Zeus, suggère aisément que l'homme a eu une longue et intime implication psychologique avec l'enfantement.

Certains hommes, même, manifestent une nostalgie de la maternité et un désir de procréer, bien plus intense que ne le voudrait le traditionnel orgueil paternel.

C'est une manifestation de ce désir qui se rencontre dans l'ancien rituel de "couvade", observé autrefois en pays basque, et encore actuellement en Océanie, où l'homme simule les douleurs de l'accouchement, enfermé dans sa cabane, et il reçoit ensuite félicitations et cadeaux.

Nous avons trouvé deux études portant sur des symptômes significatifs présentés par de futurs pères. L'une, faite à la Maternité de Strasbourg, révélant chez les maris de Primipares, des troubles intestinaux et des prises de poids, interprétés comme des équivalents de grossesse. L'autre (21), faite auprès de militaires américains, dont les femmes étaient enceintes, révélait aussi des troubles fonctionnels et des angoisses.

Le désir de procréation, irréalisable pour l'homme, pourrait être à l'origine de son besoin de produire, dans d'autres domaines, en une tentative sublimée de surmonter cette infériorité physique.

D'ailleurs, il est facile de remarquer que le vocabulaire qui caractérise l'élaboration d'une oeuvre est de type obstétrical, depuis la "conception" de l'oeuvre, sa création, souvent douloureuse, sa "gestation", l'oeuvre qui doit être menée "à terme", jusqu'au moment où l'auteur peut lui "donner le jour".

Sartre, lui-même, explique cette sublimation du désir de procréation; dans une interview récente, répondant à la question posée sur la raison pour laquelle il n'avait pas eu d'enfants: "Les enfants n'auraient pas été mon souci essentiel, puisque mon souci essentiel aurait toujours été l'oeuvre que je faisais." (71)

On voit qu'il est impossible de dissocier, dans le désir d'enfant, la part qui revient à l'influence des normes sociales spécifiques d'une certaine civilisation, de celle qui correspond à des pulsions primitives, aussi puissantes, qu'inconscientes.

On constate que le désir d'enfant est au bout de la chaîne de l'évolution psychologique d'un individu, et on peut dire, avec Michel Soulé (77): "L'enfant est le signe de l'accession de ses parents à la qualité d'adultes génitalisés, identifiés à leurs propres parents, personnages psychologiquement investis, quelle que soit la réalité, de puissance magique et redoutable".

On peut comprendre aussi, la gravité des déceptions dues à l'impossibilité de réaliser ce désir d'enfant, quand s'élève la menace d'une stérilité.

2-EXPERIENCE DE LA STERILITE

La stérilité est un phénomène pathologique dont la particularité est d'entretenir avec les troubles du psychisme des rapports de cause ET d'effet: si la stérilité est responsable effectivement de réactions psychologiques, parfois aussi graves qu'une dépression, dues au profond enracinement du désir d'enfant, elle peut être, inversement, le résultat de perturbations psychiques telles qu'elles s'opposent à la réalisation du désir d'enfant.

Nous envisagerons donc, successivement, le déterminisme psychogène de la stérilité, et le vécu de la stérilité.

2-1-Déterminisme psychogène de la stérilité

Notre propos n'est pas d'entrer dans l'éternel débat: "la stérilité psychogène existe-t-elle?". La plupart des auteurs, comme le dit Pierre Muller (52), dans un article récent, admettent actuellement qu'il existe des cas indiscutables de stérilités psychogènes.

Avant d'analyser les facteurs psychologiques susceptibles d'entraîner une stérilité, nous allons évoquer, brièvement, leurs effets somatiques.

2-1-1-Mécanismes physio-pathologiques de la stérilité

Chez la femme, l'impact des facteurs psychogènes peut se situer aux divers niveaux du tractus génital: au niveau de l'organe copulateur, il peut s'agir de vaginisme, qui crée un obstacle mécanique total; au niveau de l'utérus, spasmes cervicaux, isthmiques, ou tubaires; au niveau des ovaires, avec perturbations de l'ovulation: décalage ou suspension, ou avec perturbations hormonales, de type insuffisances lutéales, par exemple. Cf. H. Michel-Wolf fromm (49), J. Belaïsch (9), P. Muller (52).

Chez l'homme, Hélène Michel-Wolf fromm (48) note que les facteurs psychiques interfèrent plus rarement dans la fécondité, mais elle cite cependant: puissance diminuée, voire impuissance, éjaculation précoce, troubles de la spermatogénèse, comme effets somatiques de la tension émotionnelle, tout en remarquant l'attitude négative des hommes envers ces troubles, qui refusent même d'envisager l'idée de leur participation à la stérilité conjugale.

On peut raisonnablement supposer que, l'articulation entre le stress émotionnel et le retentissement somatique, se fait au niveau de l'hypothalamus, selon un processus que l'on peut extrapoler des expériences de P. Karli: "Des enregistrements électro-physiologiques faits chez l'homme ont montré le développement, dans certaines régions de l'hypothalamus de variations lentes de potentiel, dont la polarité est fonction de la nature plaisante ou déplaisante d'une expérience affective subjective." (9)

2-1-2-Recherches étiologiques

Que ce soit au travers des récits bibliques ou historiques, on se rend compte que la stérilité a toujours été considérée comme une calamité, amenant honte et deshonneur, mais surtout, on doit reconnaître qu'elle s'appliquait de façon quasi constante, au seul sexe féminin. La femme était tenue pour seule responsable de la stérilité, et l'Histoire de France est pleine de ces destins tragiques de reines répudiées pour stérilité, jusqu'à celui, illustre, de Joséphine de Beauharnais.

L'idée que l'homme puisse être, lui aussi, responsable de stérilité n'est admise que difficilement. Si la psychologie de la femme stérile est amplement étudiée et détaillée, celle de l'homme stérile demeure encore dans les ténèbres, comme nous allons le voir, en étudiant la littérature consacrée à ce sujet.

a/ Premières publications

William Buchan (cité par Bos et Cleghorn, (14)), disait, en 1779: "La stérilité est souvent la conséquence d'un chagrin, d'une crainte soudaine, de l'anxiété, ou toutes sortes de passions, qui tendent à empêcher le flux menstruel."

Les premières hypothèses physio-pathologiques sont émises par deux allemands: F. Mohr (51), qui publie, en 1925, à Leipzig: "Psychophysische Behandlung Lungsmethoden" (Méthodes de traitements psychologiques), et H. Sellheim (74), dont le texte: "Gemütsverstimungen der Frau" (Désaccord de l'âme de la femme), paraît en 1930, à Stuttgart. L'américain Dunbar (26) cite et résume ainsi leurs opinions: "Des influences psychiques associées à un désir d'avoir un enfant, vif, mais insatisfait, peuvent stimuler les ovaires en une croissance pathologique. Il est possible qu'il en résulte une maturation prématurée des follicules, et une décharge de l'oeuf alors qu'il n'est pas prêt pour la fécondation, et par conséquent, une stérilité."

Puis ce sont les travaux effectués à la Menninger Clinic, de Topeka, dans le Kansas, autour de Karl A. Menninger, qui sont remarquables, dans ce domaine. Ces travaux, se situant autour des années 1939-1943, portent, en particulier, sur des cas de femmes stériles, devenant enceintes après avoir adopté, et permettent d'élaborer plusieurs théories concernant l'origine de ces stérilités psychogènes:

+Karl Menninger (46) parle du désaveu inconscient de la féminité, et de revendication masculine

+Robert P. Knight (39) évoque une opposition inconsciente à l'enfantement.

+Lewis L. Robbins (68) met en cause une personnalité infantile de la femme, qui n'aurait pas interrompu sa relation père-fille, et la continuerait avec son mari,

et il insiste sur un autre type de femme, dominatrice, assurant le rôle masculin

+William Menninger (47) attribue les cas de stérilités psychogènes qu'il étudie, à la crainte de l'incapacité à devenir enceinte.

b/ Théories portant sur la structure de la personnalité

Pour tenter de discerner les facteurs impliqués dans le déterminisme de la stérilité, nous allons considérer d'abord les publications qui tentent de définir la personnalité des femmes stériles, et d'en décrire des types spécifiques.

Deux auteurs américains, Robert W. Noyes, et Eleanor M. Chapnick (53) publient, en 1964, une excellente analyse critique de la littérature de langue anglaise, consacrée au sujet: psychologie et infertilité, entre les années 1935 et 1963. Ils sélectionnent 75 articles et les étudient selon une méthode rigoureuse.

Leurs conclusions sont les suivantes:

+les auteurs de ces articles admettent ou affirment l'hypothèse que les facteurs psychologiques altèrent la fertilité,

+ces théories sont présentées comme des évidences, et sont pauvres, médiocrement organisées et analysées

+approximativement, 50 facteurs psychologiques différents sont décrits pour rattacher la psychologie à la fertilité.

En suivant l'ordre chronologique des publications, nous citerons ensuite l'article de Thérèse Benedek (11), qui rapporte 6 cas de psychothérapies de femmes, dont le mari était responsable de la stérilité conjugale, et chez qui, plusieurs inséminations artificielles avaient échouées.

Th. Benedek conclut, de l'étude de ces 6 psychothérapies:

+que l'infertilité du mari, expérience frustrante, réactive les conflits des patientes à l'égard de la maternité.

+qu'il existe chez toutes ces patientes une interdépendance exagérée mère-fille.

+que la phase pré-ovulatoire de ces femmes, qui, désirent absolument être enceintes, est caractérisée par: "un souhait intense d'imprégnation" qui empêche la femme d'être dans un état libidinal détendu, qui pourrait faciliter la fécondation.

Hubert de Watteville (24), comme Bos et Cleghorn (14) parlent de la tension émotionnelle causée par la longue attente de la stérilité, et citent des cas de grossesses, après adoption, où "les mécanismes psychiques, dévoilés par la décision d'adopter sont probablement représentés par le relâchement des tensions neuro-physiologiques qui empêchaient la conception."

De l'important travail d'Hélène Deutsch sur la psychologie des femmes (22), nous tirerons les définitions qu'elle a donné des types spécifiques de stérilités psychogénétiques:

- 1-Femme infantile, physiquement et psychologiquement, faible, délicate, frigide, avide de tendresse. "Elle est restée en-deçà de la maturité, tourmentée par des craintes, et son principal intérêt, dans la vie est souvent le traitement de sa stérilité.
- 2-Femme maternelle, mais qui a investi son riche esprit maternel dans son amour pour son mari, homme non paternel.
- 3-Femme féminine-érotique, dont l'esprit maternel est investi dans son amour érotique, pour qui la maternité est en conflit avec son intérêt érotique.
- 4-Femme masculine-agressive, qui refuse sa féminité.
- 5-Femme anxieuse, qui craint les charges émotionnelles en surplus, parce qu'elle sait la pauvreté de sa vie affective.

C. Bos et R. Cleghorn (14) établissent une classification analogue, en y ajoutant deux types supplémentaires:

- identification à une mère vécue comme hostile
- type obsessionnel coharté.

Hélène Michel-Wolffromm s'est toujours opposée à une telle classification. Sa grande expérience de la gynécologie psycho-somatique lui permet d'affirmer que "le déséquilibre psychique n'est cause certaine d'infécondité que dans moins de 5% des cas." (49)

Elle publie, en 1961, (49) les conclusions tirées de l'étude psychologique et clinique de 544 couples stériles, dont l'une, concernant la personnalité des femmes stériles, est absolument remarquable. En effet, H. Michel-Wolffromm a étudié, et comparé la personnalité de 144 femmes stériles, à celle d'un même nombre de femmes, ne souffrant que de troubles fonctionnels, prises au hasard. Cette étude comparative révèle:

- +le pourcentage de névrotiques est moitié moindre chez les femmes stériles que chez les autres.
- +les types de personnalité, mûres, infantiles, ou masculines, sont analogues dans les deux groupes, on compte même parmi les femmes stériles plus de femmes d'une maturité accomplie.
- +les facteurs d'inadaptation aux conditions de vie, toujours multiples chez les femmes jeunes (problèmes familiaux, sociaux, sexuels) se retrouvent plus rarement chez les femmes stériles que dans le groupe témoin.

Elle peut conclure, ainsi: "On ne peut donc définir une personnalité spécifique de femmes stériles, ces patientes sont au contraire moins névrotiques et mieux adaptées que les autres."

Un autre mérite d'H. Michel-Wolffromm est de montrer que, chez l'homme, aussi, l'émotion peut perturber la fécondité. Dans son étude, 6% des stérilités sont masculines.

Les conclusions que Willy Pasini a publié en 1974 (58), sont radicalement différentes. Son étude porte sur 16 femmes (non des couples!), 8 stériles, et 8 infertiles, et montre, chez elles: "un plus grand état d'anxiété et de dépression, ainsi qu'un manque de spontanéité dans les affects", et "la structure de la personnalité de toutes les femmes stériles a été franchement pathologique, leur organisation psychique se situant même, au-dessous du niveau névrotique: caractère obsessionnel rigide, ou hystérique grave."

Mais il faut bien remarquer que ces résultats sont obtenus après une étude d'un petit nombre de cas, et sans groupe de référence, et que les troubles psychiques révélés sont importants, de type psychotique, et ne se situent donc pas au même niveau que les troubles recherchés par H. Michel-Wolff, de type névrotique.

Comme en toutes choses, il faut se garder des généralisations abusives. Willy Pasini le fait lui-même remarquer: "une femme un peu virile, même homosexuelle à la limite, peut très bien devenir enceinte, de même qu'une femme infantile, n'ayant pas résolu le conflit avec sa mère, peut attendre un enfant, justement pour essayer, inconsciemment de le résoudre." (58)

Pour établir un diagnostic de stérilité psychogène, point n'est besoin de soumettre la patiente à une batterie de tests psychologiques, il suffit de constater, comme l'indique J. Belaïsch (9), au cours de l'entretien, l'existence non douteuse d'une perturbation psychique, et bien sûr, de vérifier l'absence d'une affection organique.

c/ Théories psychanalytiques

Comme nous l'avons vu, en suivant la genèse du désir d'enfant, les psychanalystes considèrent que, c'est pendant la phase oedipienne, et surtout au moment de la résolution du complexe d'Oedipe, que tout est joué.

Si on considère avec eux, que le développement d'un individu est un processus dynamique, qui lui fait parcourir les différents stades (oral, anal, etc...) de son évolution, et l'amène à coordonner sa personne par rapport au monde extérieur, et à établir un système relationnel, avec les autres, on comprend qu'un mauvais passage de l'un de ces stades entraîne une perturbation de cette évolution harmonieuse, et qu'il y aura FIXATION et régression à ce stade.

Rôle du père

Ainsi, Freud a montré (29) que le désir d'enfant est souvent infiltré, chez une femme, par ses désirs oedipiens incestueux. Dans certains cas, l'attachement au père est resté la relation privilégiée de la femme, qui est stérile, parce que toute conception aurait un caractère dangereusement incestueux.

Cette relation avec le père est aussi évoquée par Lewis Robbins (68), qui parle de "la personnalité extrêmement infantile de la femme, qui n'a jamais interrompu la relation père-fille, et la continue, dans son mariage, dans sa relation avec son mari, chez certains couples infertiles.

Dans la passionnante analyse du cas de "Mrs A.", Douglas W. Orr (54) décrit un rejet de la féminité, rattaché à une identification paternelle. Sa patiente, seconde d'une famille de 3 filles, s'est efforcée toute sa vie de se conformer au personnage masculin que les parents, et surtout le père, auraient voulu qu'elle soit. Traitée pendant son enfance comme un garçon, elle attache plus tard, une grande importance à sa vie professionnelle, équivalent inconscient de son rôle masculin. Après son mariage, elle fait le transfert de l'exigence paternelle sur son mari, et il lui semble que son mari lui demande de continuer à ressembler à un garçon. Cette patiente ne pouvait se permettre de devenir une femme, et restait stérile.

Chez un homme, il peut arriver que la rivalité avec le père soit très intense, et que les désirs agressifs envers le père entraînent en retour une grande culpabilité. Dans ces cas, pour le garçon devenu adulte, la paternité réveillera la rivalité et la culpabilité, et se marquera du sceau de l'interdit (A. Beetschen, (8))

Mais ces cas faisant appel au rôle de l'image paternelle paraissent rares, en comparaison de l'abondance des théories faisant intervenir le personnage maternel.

Rôle de la mère

Hélène Deutsch invoque fréquemment, à l'origine des stérilités psychogénétiques, chez la femme, des sentiments inconscients de culpabilité, pouvant être liés à la masturbation, ou venir des sources inconscientes les plus profondes, dont la relation mère-fille de la phase oedipienne. A ce stade, la petite fille entre en rivalité avec la mère. Tant que cette rivalité reste au niveau de l'imaginaire, l'oedipe est vécu sans danger réel, et se résout par la possibilité d'identification à la mère. Mais parfois, la fillette peut attribuer à cette rivalité une allure plus menaçante, surtout quand des fantasmes hostiles se sont manifestés envers, par exemple, la mère enceinte de frères et soeurs.

Marie Langer (40) a souvent développé ce thème, de la fille qui se sent coupable et craint que la mère ne se venge des sentiments de haine que la fille a eu envers elle; à cause de cette rivalité menaçante de la mère, il y a difficulté, ou même absence, d'identification à la mère.

Lucille Hollander Blum (13), à l'occasion de la psychanalyse d'une femme stérile, qui perçoit la figure maternelle comme malveillante, décrit le "pouvoir magique de la figure maternelle".

L'angoisse, née de ces sentiments confus de culpabilité, entraîne chez la femme, selon Hélène Deutsch, un équivalent de la peur de castration de l'homme, qui s'exprime chez elle par l'idée: "Je n'aurais jamais d'enfant." Hélène Deutsch illustre cette menace de rétorsion maternelle, par l'analyse du personnage de la sorcière (23): "La sorcière des contes, personnage antithétique de la bonne fée, représente pour chacun de nous la "mère méchante", et sert à incarner notre propre attitude méchante au sein de l'ambivalence primordiale de nos conflits avec notre mère." Ce personnage, ou toute autre marâtre des contes de fées est l'incarnation nécessaire des angoisses nées de l'hostilité d'une fille envers sa mère, ou même, de l'inverse.

Narcissisme

Nous ne pouvons omettre un des grands thèmes de la psychanalyse: le narcissisme.

Selon la conception de Freud, le narcissisme ne représente pas seulement l'amour du sujet pour lui-même, mais aussi le sentiment de toute-puissance. Au début de sa vie, l'enfant vit dans l'illusion de sa toute-puissance, illusion qui se trouve confirmée par les circonstances de vie du nourrisson. Tôt ou tard, l'enfant se heurtera cependant à la "réalité rugueuse à étreindre", ce qui signifiera l'écroulement de cette illusion. La "blessure narcissique", dit B. Grunberger (34) "continuera cependant à saigner, à l'abri du refoulement, et engendrera des réactions de défenses variées".

Après avoir été, par son intensification, l'un des phénomènes les plus intéressants de l'adolescence, le narcissisme se révélera comme l'une des caractéristiques de la "femme féminine". Mais, face aux exigences de la fonction de reproduction, le narcissisme peut entraîner la femme dans deux directions opposées.

La plupart des théoriciens freudiens tendent à expliquer l'intensité particulière du narcissisme, chez la femme, par l'humiliation de son infériorité génitale, qui la pousse à chercher sans cesse des compensations, dont la plus belle est la grossesse.

Rien, mieux que la grossesse et la maternité ne peuvent soulager la femme de son infériorité, en lui redonnant l'ancien sentiment de sa toute-puissance.

Par ailleurs, pour Hélène Deutsch (22), la continuation du narcissisme au-delà de l'adolescence, résulte d'un conflit entre les tendances sexuelles, proprement dites, et cette partie du Moi où se manifeste l'instinct d'auto-défense. Elle décompose ainsi ce processus: les tendances sexuelles de la femme la mènent vers des buts dangereux pour son Moi, en faisant appel aux composantes masochistes de l'esprit maternel, qui exigent de la femme une aptitude au sacrifice; face à ces tendances dangereuses, le Moi se défend, et il renforce sa sécurité en intensifiant son amour pour lui-même, qui se traduit alors par un fort narcissisme. Cette réaction narcissique protectrice entre en jeu au cours de toutes les situations où s'intensifient les tendances masochistes.

Or, pour certaines femmes, la maternité peut entraîner de telles peurs (peur primitive de la mort, menace pour la valeur érotique et la beauté) que cette réaction protectrice intervient, et s'oppose à la réalisation directe de la maternité, origine de certaines stérilités.

Le narcissisme peut aboutir, soit à favoriser, soit à s'opposer à la maternité.

Hélène Deutsch admet que "chacun de ces deux importants facteurs du psychisme, le masochisme et le narcissisme, peut jouer contre les exigences de la fonction de reproduction." Elle conclut: "La destinée de la femme, en tant que servante de l'espèce, dépend de la collaboration harmonieuse du masochisme et du narcissisme."

Tout ceci se passe dans l'imaginaire, fait remarquer Willy Pasini, mais peut, par des mécanismes psychosomatiques se répercuter sur les fonctions reproductrices. (58)

d/ Apport des tests de personnalité

Un éclairage différent pourrait être apporté, dans l'étude des stérilités psychogènes, par l'utilisation des tests psychologiques.

L'étude d'Hélène Michel-Wolf fromm, publiée en 1961, (49) comportait l'analyse des personnalités de 144 femmes stériles, et révélait qu'elles étaient moins névrotiques que les autres. Mais elle n'a pas signalé sur quelles bases avaient été établies cette analyse, alors que l'étude adverse de Willy Pasini, précise que les 16 femmes de l'échantillonnage ont été soumises à des tests projectifs (Rorschach, Rosenzweig, O.R.T., et dessin de personnages) qui ont révélé, chez les femmes stériles un plus grand état d'angoisse et de dépression, et une moins bonne adaptation.

D'autres auteurs ont utilisé des tests, au cours d'investigations psychologiques de femmes stériles.

B. Eisner (27) utilise le test projectif de Rorschach, et trouve: "que les femmes infertiles montrent plus de troubles émotionnels", ayant comparé les résultats dans 2 groupes de femmes: 20 fertiles, et 20 stériles.

G. Seward (75) compare 41 femmes infertiles et 41 multipares, au moyen du T.A.T., autre test projectif, et il conclut que les ressemblances entre ces 2 groupes de femmes sont plus grandes que leurs différences.

G. Carr (16), utilisant le M.M.P.I., test de personnalité, observe: "plus de tendances névrotiques, d'anxiété, et de problèmes de dépendance, chez

les femmes stériles, et une meilleure harmonie sexuelle, chez les femmes fertiles."

Il faut citer enfin le tout récent ouvrage de J. Reboul, "la femme, le médecin et la stérilité" (67). Il a demandé à 2 groupes de femmes: 6 stériles, et 6 fertiles, de se dessiner, telles qu'elles se voient, et s'éprouvent, de l'extérieur, et de l'intérieur, et de représenter également l'homme. Il observe une prédominance du morcellement du corps, chez la femme stérile, alors que la femme fertile donne une image extérieure de sa personne, unifiée et cohérente. L'image masculine, chez les femmes stériles, est parfois infantile, dévalorisée, ou lacunaire; quant au corps éprouvé de l'intérieur, son dessin montre "un enkystement dans l'évocation des difficultés somatiques".

Puis il étudie un groupe de 16 femmes stériles, au moyen des tests : T.A.T. Rorschach, M.M.P.I., qui révèlent une immaturité affective, des difficultés d'identification humaine et féminine, des conflits oedipiens, non résolus. Mais J. Reboul n'indique pas de critères de sélection de cet échantillon de 16 femmes stériles; une base de référence manque à ses résultats, car il n'y a pas de groupe-témoin.

Les méthodes employées dans ces investigations sont variées, aussi, il est difficile de les comparer, mais, globalement, leurs conclusions sont contradictoires.

Mais il ne faut pas survaloriser les tests psychologiques, ils doivent rester une méthode d'appoint.

Nous nous permettrons de remarquer, encore, que, dans ce domaine, on n'a jamais envisagé que l'étude de la femme stérile, jamais de l'homme stérile!

Tout ce que nous venons d'évoquer, concernait le déterminisme de la stérilité, les facteurs psychologiques que l'on peut faire intervenir, dans l'état actuel de nos connaissances.

Nous allons voir maintenant ce que l'on appelle le "vécu" du couple stérile, c'est-à-dire, les conséquences, dans un couple de l'affrontement avec le fait réel de la stérilité.

2-2- Le couple et la stérilité

Ces conséquences ont deux origines: le fait même de la stérilité, qui entraîne des sentiments de dévalorisation, et le fait des épreuves que le bilan médical impose.

2-2-1-La stérilité

Connaissant les mobiles puissants, sous-jacents au désir d'enfant, (compensation de l'angoisse de castration, désirs oedipiens, instinct de procréation, désir de normalité, de puissance...) on peut comprendre que les conséquences de la non-réalisation de ce désir soient de profondes blessures narcissiques, des sentiments de dévalorisation, etc...

Le psychiatre américain, David Berger (12) exprime ainsi cette atteinte: "l'impossibilité d'avoir des enfants représente une perte réelle, dont le deuil et la dépression sont des conséquences naturelles." Parmi tous les échecs qu'une personne peut rencontrer, dans ses réalisations, la stérilité entre dans un type particulier d'échecs, puisqu'elle impose un renoncement définitif, et, ce "never more" tel celui proféré par le corbeau d'Edgar Poe, "atteint l'idéal du Moi, et aboutit à la déperdition narcissique, et à l'anéantissement." Michel Soulé (76)

2-2-2-Le bilan médical

Une enquête a été réalisée, en 1975, à l'hôpital de Sèvres (35), pour étudier les conséquences psycho-sexuelles des investigations, et traitements entrepris, chez le couple stérile.

Elle porte sur 2 populations: l'une masculine, présentant des anomalies du spermogramme: 110 cas d'azoospermie, et d'oligo-asthénospermie; l'autre féminine: 120 cas d'interventions chirurgicales, pour stérilité. Il y a eu 75% de réponses au questionnaire envoyé, montrant bien l'intérêt des couples pour ces problèmes.

15% des hommes interrogés ont noté une modification défavorable de leur comportement sexuel, après avoir appris que leur spermogramme était anormal; et les traitements entrepris ont modifié le désir sexuel dans 18% des cas, et le comportement sexuel, dans 15% des cas.

16% des femmes affirment que l'intervention chirurgicale a modifié la vie du couple, dans un sens défavorable; quand l'opération n'a pas abouti, "des problèmes sexuels sont soulevés, comme si l'existence du couple était remise en question."

L'incursion brutale du monde médical dans la vie la plus intime du couple, provoque l'apparition de problèmes psychologiques, quand elle ne met pas à jour des conflits restés latents, jusque là.

La femme, atteinte dans la réalisation de sa féminité, doit subir une autre dévalorisation, profonde et intime, du fait des examens, questionnaires, et investigations, qu'elle doit endurer.

Habituellement, une femme n'a que de vagues notions de son anatomie génitale, le plus souvent colorées de symbolisme. Entraînée dans le bilan médical, elle ne pourra plus rien ignorer de ses organes et leurs anomalies éventuelles, désignées par un vocabulaire plus ou moins barbare, parfois emprunté à la plomberie, expérience dévalorisante, même humiliante. Les rapports sexuels, mêmes, comble de l'intrusion dans son intimité, lui seront prescrits sur ordonnance, avec recommandations précises, et détaillées.

C'est ce que recommande A. Caballero (15) "L'usage du coït contrôlé est très important... on prescrit à l'homme l'abstinence sexuelle 4 jours avant le coït, puis de pratiquer celui-ci, tous les 2 jours, avec sa femme, coïncidant avec la date probable d'ovulation de celle-ci... la femme doit adopter certaines positions (genu-pectorale), et garder une grande immobilité après les rapports..."

Peu d'hommes acceptent sans angoisse l'idée de leur stérilité. Pour certains, l'idée même qu'ils puissent être mis en cause, leur est insupportable, et ils repoussent farouchement tout examen. Pour d'autres, la découverte de leur stérilité est suivie d'une réaction dépressive et anxieuse, ou parfois, d'une régression infantile, dans leur relation avec leur femme.

David Berger (12) signale que les exigences d'un spermogramme peuvent parfois précipiter la survenue d'une impuissance.

Michel Soulé (76) remarque le lapsus fréquent, chez ces hommes, disant impuissance pour stérilité, car il y a souvent confusion entre puissance virile et puissance reproductive.

Quand un homme apprend que sa valeur procréative est mise en doute, il ressentira ce doute, aussi, au niveau de sa virilité, doute que Michel Soulé interprète ainsi, selon une optique freudienne (76): "Cette réactivation des fantasmes de castration est, certes due à l'identité pénis-enfant, mais

aussi à la résurgence du conflit oedipien."

A l'annonce de sa stérilité, l'homme peut réactiver l'interdit paternel, et le vivre comme l'interdit de descendance. Parfois, il peut s'agir de la reviviscence d'un interdit paternel trop fort, de type castrateur.

David Berger (12) insiste sur l'aide dont les couples stériles ont besoin, pendant cette période de deuil de leur désir d'enfant, et pour surmonter le "traumatisme" du bilan de stérilité: empathie, soutien, verbalisation de l'angoisse.

Il existe d'ailleurs, aux USA, une organisation, "Resolve" qui s'est donné pour but d'aider les couples stériles. Elle a été fondée en 1973, à Boston, par Barbara Eck Menning (45), et comprend un service d'assistance téléphonique, sorte de SOS-couples stériles, et organise conférences et réunions.

Une étude originale a été réalisée, en Hollande, par P.A. Van Keep, et H.S. Schmidt-Elmendorff (82), concernant les effets de la stérilité involontaire, sur le bonheur conjugal, au moyen d'une recherche menée auprès de 75 couples sans enfants, et de 75 couples avec enfants.

L'une des conclusions de cette passionnante enquête est, chez les femmes stériles, la chute impressionnante de l'évaluation subjective de leur bonheur conjugal, au moment où elles commencent à envisager leur stérilité, avec une légère amélioration, quand le problème est porté à l'attention du médecin.

Surtout, il ressort de cette étude, que la vie conjugale des couples sans enfants n'est pas moins heureuse que celle des autres; elle repose sur des bases différentes: valorisation des rapports avec le partenaire, communication meilleure, plus grande communauté d'idées. De plus, une caractéristique propre aux couples stériles contribue à améliorer la relation entre les deux partenaires: la recherche commune d'une solution.

Nous retiendrons donc, en conclusion, que les couples stériles, qui ont survécu à l'épreuve de la stérilité (il ne faut pas oublier que l'absence d'enfants est à l'origine d'un certain nombre de divorces), ne sont pas moins heureux que les autres couples, mais différemment heureux, d'autant plus que diverses possibilités de compensations s'offrent à eux; comme le dit Willy Pasini, (57): "une autre issue existentielle à la maternité et à la paternité" peut être trouvée, que ce soit au niveau professionnel, culturel, artistique, ou sportif.

Enfin, le dernier argument est celui de l'indication d'une éventuelle insémination artificielle, ou d'une demande d'adoption, solution qui nous intéresse maintenant.

3-LA VOIE DE L'ADOPTION

Au moment où un couple se tourne vers l'adoption, dans la plupart des cas, l'expérience de deuil du désir d'enfant se termine, et la stérilité semble être acceptée comme fait actuel, mais nous verrons plus loin que le renoncement n'est jamais définitif, que l'espoir de maternité subsiste toujours.

C'est souvent le médecin, celui qui a infligé au couple tant d'épreuves et de traitements infructueux, qui donne le conseil d'adopter, ouvrant ainsi une nouvelle issue.

3-1-Transgression de l'interdit oedipien

La signification de l'acte d'adoption, face à la stérilité est ainsi donnée, par Michel Soulé (76): "Les parents adoptifs, lorsqu'ils se déterminent à prendre un enfant, font un acte solennel à l'égard de l'interdit oedipien, que n'ont pas à accomplir les parents naturels. Le gynécologue qui les a poussés vers l'adoption, les personnes, médecins ou administratifs, qui les reçoivent et les conseillent, sont investis comme ceux qui autorisent cette transgression, et en assumant la responsabilité désormais. Toutes les femmes qui donnent les enfants, sont considérées, par les mères adoptives, comme les bonnes fées de contes, qui peuvent cependant devenir soudain des fées Carabosse, suscitant les pires difficultés, si on ne les révère, ou si on ne les ménage pas assez."

Nous touchons là, à un point essentiel du problème de l'adoption: le rôle que joue l'organisme administratif, tout-puissant, dans l'imaginaire des parents adoptifs.

3-2-Rôle des organismes d'adoption

Roberta G. Andrews (1), exprime, parmi ses hypothèses sur le rôle d'une agence d'adoption, l'idée suivante: "L'agence, qui a l'autorité d'accorder ou de refuser un enfant au couple candidat peut symboliser pour lui, des parents autorisants."

Pour le couple, le fait de réussir les diverses épreuves (enquêtes sociales, psychologiques, financières) que l'agence d'adoption leur impose peut devenir gratifiant, et lui permettre de triompher de l'état d'échec et de frustration, induit par des années d'efforts infructueux.

Roberta G. Andrews, au cours de ses entretiens avec les couples candidats à l'adoption, remarque qu'ils décrivent, tous, à des degrés différents, leurs relations sexuelles comme utilitaires, recherchant une grossesse, à tous prix. Une autre de ses hypothèses découle de ce fait: "Être accepté par une agence, et avoir participé à une analyse de ses conflits personnels, permet au couple de se détendre, de se réjouir chacun, d'être plus attentifs aux aspects sexuels de leur vie, et moins emprisonné par l'anxiété du Surmoi."

3-3-Psychologie des mères adoptives

cette ambiance positive de détente et de revalorisation est exprimée, sous une autre forme, par Hélène Deutsch, qui a consacré tout un chapitre de son livre "la psychologie des femmes" (22) aux mères adoptives: "Pour la satisfaction de l'amour maternel, pour l'expression de tendres sentiments envers un être humain, qui en a besoin, et également pour l'exercice du consentement masochiste, féminin, au sacrifice, l'adoption d'un enfant représente une occasion parfaite. La fierté narcissique que place la femme sur le produit de son corps, peut facilement être reportée sur le succès qu'elle remporte, grâce à ses tendres soins et à son influence personnelle, dans sa relation avec l'enfant d'une autre femme."

La mère adoptive est confrontée, au début de sa relation avec l'enfant au fait angoissant que cet enfant a une mère naturelle, inconnue; dans certains cas, la mère adoptive peut fantasmer le personnage de la mère naturelle, car à cette occasion, ressurgit la figure menaçante de la "mère méchante" que nous avons déjà évoqué.

Hélène Deutsch rappelle: "La psychologie de la mère adoptive est en grande partie déterminée ici, par les mobiles psychologiques de sa stérilité"

La culpabilité de ces femmes prend la forme d'une culpabilité par rapport au personnage maternel, "culpabilité qui amène les mères adoptives

à fantasmer l'adoption comme un rapt d'enfant, et à imaginer que la mère physique viendra reprendre son enfant." Michel Soulé (77)

Ce phénomène s'atténue rapidement, ne marquant que les premiers temps de la relation avec l'enfant adopté.

Il demeure, en définitive, que l'adoption amène, le plus souvent, pour un couple stérile, une réduction de l'angoisse et de la tension, et sur ce point, l'accord des auteurs est parfait.

Et c'est au travers de cet "état de grâce", que nous pouvons comprendre l'épilogue de notre drame: le couple conçoit un enfant; phénomène qu'Hélène Deutsch explique ainsi: "L'adoption d'un enfant peut, chose intéressante et heureuse, déclencher tant de forces défensives contre les ennemis psychiques de la maternité, que ceux-ci doivent céder le terrain; par suite, la stérilité ancienne peut être guérie." (22)

4- GROSSESSES APRES ADOPTION

Cette circonstance a suscité de nombreuses publications, d'auteurs très différents: psychanalystes, médecins généralistes, gynécologues, psychologues, travailleurs sociaux.

4-1-Observations de Psychanalystes

Nous avons retrouvé deux publications, concernant des patientes qui étaient en cours d'analyse, lorsqu'elles se trouvèrent enceintes, peu de temps après avoir reçu la nouvelle d'une adoption imminente.

4-1-1-Observation de "Mrs A.", par Douglas W. Orr

Cette observation a été publiée en 1941(54). Elle révèle la séquence des événements, qui ont suivi la décision d'adopter. Nous avons déjà fait allusion à cette observation, où la patiente, très marquée par l'image paternelle, souhaitait être un garçon, et pour qui le travail professionnel était l'équivalent inconscient de son rôle masculin. Mrs A. se trouvait prise dans un cercle vicieux: elle ne pouvait abandonner ce travail, sans se sentir coupable envers son mari, substitut paternel, et, tant qu'elle travaillait, elle ne pouvait devenir enceinte, à cause de l'identification de ce travail à la masculinité, et au refus de sa féminité. Au cours de l'analyse, Orr dit qu'elle ne devint consciente que partiellement de ce cercle vicieux, tant qu'il ne fut pas interrompu par la décision d'adopter, ce qui l'obligeait absolument à arrêter de travailler. Les événements se déroulent alors de la façon suivante:

2 Dec, le couple entreprend une démarche auprès de l'agence

3 Dec, Mrs A. fait savoir à son employeur, sa décision d'adopter un bébé, et de quitter son travail, dans un mois

13 Dec, menstruation, qui seront ses dernières règles

17 Dec, le couple rencontre le directeur de l'agence d'adoption, et apprend qu'un bébé peut leur être confié immédiatement

28 et 29 Dec, le couple voit l'enfant, et confirme leur décision de le prendre

10 Janv, Mrs A. quitte son travail-la grossesse est suspectée, puis confirmée par le gynécologue.

On doit ajouter que Mrs A. déclare n'avoir jamais renoncé à l'espoir d'être enceinte, donc ne s'est jamais réconciliée avec sa stérilité.

La conclusion de D. Orr est la suivante: "Le cas du rejet de la féminité existe chez la femme, sous la pression d'une puissante angoisse inconsciente, et le cercle vicieux décrit agit en conservant l'action de

l'angoisse et empêchant la grossesse. La décision d'adopter un enfant casse le cercle vicieux, car, elle crée, pour la femme, un raison légitime et nécessaire de quitter son travail. Ce qui sert immédiatement à diminuer son hostilité envers son mari, et envers elle-même et son rôle masculin, à preuve que ceci lui a permis, mieux que tout avant, d'envisager et d'accepter sa féminité fondamentale."

4-1-2-Observation de "Mrs C.", par Lucille Hollander Blum

Publiée en 1959, (13), elle rapporte la psychothérapie d'une jeune femme, qui a duré 3 ans. Cette patiente, Mrs C., mariée depuis 4 ans, sans enfants, souffre d'anxiété. Son problème se situe au niveau de sa conception des femmes et de la féminité, et de l'idée qu'elle se fait d'elle-même. Au décours de la psychothérapie, se révèle une idée des femmes, malveillantes et dangereuses, venant d'une image de sa mère, agressive et surprotectrice. Mrs C. croit, inconsciemment, que sa mère souhaite qu'elle reste une enfant. Et elle se voit, elle-même, comme une enfant, faible et sans défenses, confortée dans cette idée, par l'attitude de son mari, bienveillant et protecteur. Son désir de rester une enfant s'oppose à son souhait de grossesse. La psychothérapie lui permet de mieux accepter son rôle féminin, de désirer être une meilleure épouse, et vouloir réduire son rôle professionnel. Son anxiété s'est considérablement réduite, elle commence à parler d'adoption. Au moment où Mrs C. entre dans une phase où elle devient plus résistante à la thérapie, sa mère part en voyage. Mrs C. a annoncé son intention de travailler à mi-temps et s'est adressée à une agence d'adoption. La séquence est analogue au cas précédent: c'est quand on annonce à Mrs C. qu'un bébé va lui être confié prochainement, qu'elle devient enceinte. Lucille H. Blum suggère que la diminution de l'anxiété de Mrs C. lui a permis d'être enceinte, tandis que la proximité de l'adoption signifiait sa faculté de devenir mère. Donc, le fait de s'être tournée vers l'adoption reflétait "la diminution des facteurs émotionnels qui causaient l'incapacité de concevoir."

4-2-Cas divers

Nous avons trouvé certaines observations de cas masculins, concernant des sujets porteurs de syndromes genito-urinaires.

Roy R. Grinker et Fred P. Robbins (33) publient en 1959, le cas d'un homme souffrant, à la suite d'un traumatisme, d'un syndrome de "la queue de-cheval", avec troubles de l'éjaculation, qui ne se produisait qu'après plusieurs heures de sommeil. Après l'arrivée, au foyer, d'un enfant, le patient se prit d'une vive affection pour lui, et se mit à désirer un enfant à lui. Quatre mois après, il pouvait avoir une éjaculation normale, pendant les rapports, et eut un enfant.

Dans un article plus récent, de 1974, C. Schirren et M. Von Zsuffa (73) citent 2 couples, à qui l'adoption avait été conseillée, après qu'un diagnostic de syndrome des Cellules de Sertoli ait été établi, "par analyse approfondie". Dans ces 2 cas, des grossesses spontanées ont eu lieu, et 3 enfants sont nés, tous des filles.

Nous avons déjà cité le travail de Roberta G. Andrews (1). Elle y rapporte l'étude de 60 couples qui ont conçu, après avoir commencé les formalités d'adoption, ou après le placement d'un enfant.

Ces 60 dossiers ont été rassemblés par le personnel social d'une agence d'aide à l'enfance, de Pensylvanie, sur une période de 10 ans. Après sélection, 37 dossiers restent. Ces 37 couples avaient tous un pronostic de conception favorable, et avaient été suivis par des spécialistes. Leurs cas se répartissaient ainsi: 14 ont conçu leur enfant avant le placement de l'enfant adoptif; 16, ont conçu, de quelques jours à 18 mois après le placement; 3, après la demande d'une seconde adoption; 4, quelques mois après le placement d'un second enfant.

L'hypothèse de Roberta Andrews est la suivante: "On peut émettre la théorie que la réduction de l'anxiété, et de la tension peut rendre un couple capable de jouir du mariage d'une façon plus sensuelle et moins utilitaire."

Cette série de 37 cas, assez importante, nous conduit à envisager, maintenant, les nombreuses publications qui cherchent à rassembler le plus grand nombre possible de cas, afin d'en tirer une loi mathématique; ce sont les travaux statistiques.

4-3-Travaux statistiques

De nombreux auteurs, tous anglo-saxons, à l'aide de chiffres et de pourcentages ont tenté d'apporter des preuves de l'existence d'une relation de causalité, entre l'adoption et la fertilité, ou, au contraire, de son inexistence.

L'important travail de Frederik Hanson et John Rock (36) inaugure cette période, en 1950. Il concerne 202 couples stériles, de la région de Boston, qui ont adopté un enfant. Par l'intermédiaire des agences d'adoption des questionnaires sont envoyés à ces couples, leur demandant s'ils ont eu, ou non, des enfants, dans les suites de l'adoption. Seuls, 85 de ces 202 couples ont été inventoriés par un questionnaire plus détaillé, sur les motifs de l'adoption, l'âge, l'origine de l'infertilité, les modifications personnelles constatées après l'adoption.

Ils obtiennent un pourcentage de grossesses de 15,7%, chiffre qui paraît significatif, comparé au pourcentage de guérisons spontanées de l'infertilité, qui est de 10%.

Mais, au cours de l'analyse critique que les auteurs font de leurs résultats, ils ne retiennent que 4 cas, où des facteurs psychogènes, inversés par l'adoption, auraient pu jouer un rôle. Le chiffre de 7% obtenu alors, n'est pas significatif, et les auteurs dénigrent la théorie d'une relation de cause à effet entre l'adoption et la résolution de l'infertilité.

Edward Tyler, Joseph Bonapart, et Jeanne Grant publient, en 1960, (81) les résultats de leur enquête. Grâce à une agence d'adoption de Los Angeles, ils ont recherché 122 parents adoptifs, et leur ont envoyé un questionnaire. Ils reçoivent 100 réponses, parmi lesquelles, ils trouvent 10 grossesses, se produisant chez des femmes qui n'avaient jamais été enceintes, et 2, chez des femmes qui l'avaient déjà été, auparavant. Le pourcentage de grossesses, 10,4% est corrigé selon un critère d'intervalle de temps, entre adoption et grossesse; comme 4 grossesses, seulement se sont produites dans les 2 ans suivant l'adoption, ce pourcentage tombe à 4%, et se révèle non-significatif.

L'étude de Banks, Rutherford et Coburn, (7) est faite parmi leur propre clientèle privée, de leur "Fertility Clinic" de Washington. Ils recherchent dans leur dossiers, entre les années 1950 et 1960, les couples infertiles qu'ils ont suivis, et qui ont adopté un ou plusieurs enfants.

Ils retrouvent ainsi 31 couples, mais aucune grossesse, bien que 11 de ces couples aient présenté une stérilité inexplicable. Les auteurs concluent: "la croyance commune que l'adoption est suivie par une grossesse est fausse."

En 1961, Weinstein (83) publie les résultats de la surveillance de 438 adoptants, pendant 9 à 12 ans, et ne trouve que 10% de grossesses.

Aronson et Glienke publient, en 1963, (3) une statistique portant sur un grand nombre de cas. Avec l'aide de 3 agences d'adoption du Wisconsin, dont les critères de sélection des futurs adoptants sont semblables, ils envoient des questionnaires à 1400 couples ayant adopté, entre les années 1946 et 1956. Les questionnaires sont assez détaillés, avec réponses séparées du mari et de la femme. Ils reçoivent 388 réponses. Des grossesses post-adoption se sont produites dans 42 cas, dont 35, chez des femmes présentant une stérilité primaire.

Parmi les 388 cas, ils éliminent 185 cas, où des causes organiques certaines étaient à l'origine de la stérilité. Dans les 203 cas restants, l'infertilité pouvait être considérée comme fonctionnelle.

Au cours de l'analyse des 35 cas de grossesses, les auteurs rejettent 14 cas, à cause de traitements médicaux, et de changements physiologiques, et 15 autres cas, la grossesse s'étant produite plus de 2 ans après l'adoption, ou la période d'infertilité étant de moins de 3 ans. Il reste 6 cas (2,9%), pour lesquels une relation de cause à effet peut être retenue, entre adoption et grossesse.

En 1965, dans la revue "Fertility and Sterility", paraissent 2 études où les recherches ont été orientées vers la comparaison de la reproductivité d'un groupe de parents adoptifs, avec celle d'un groupe-témoin.

L'une est faite aux USA, par Rock, Tietze et Mac Laughlin (69), à la "Rock Reproductive Clinic" du Massachusetts, et avec l'aide d'une agence d'adoption.

Les dossiers sont triés selon des critères très stricts, et ils sélectionnent ainsi un groupe de 249 parents adoptifs, dont la stérilité est inexplicable, et un 2^e groupe de comparaison, de 113 couples similaires, mais n'ayant pas adopté. Les analyses statistiques des 2 groupes révèlent un pourcentage de grossesses de 22,9% dans le groupe des adoptants, et de 35,6% dans le groupe de contrôle de non-adoptants. Les auteurs concluent que l'adoption ne renforce pas le potentiel de fécondité d'un couple.

L'autre étude anglaise, est de Bernard Sandler (70), de l'Infertility Clinic du "Mendota Jewish Hospital". Il a établi 3 groupes: 1 groupe de parents adoptifs, 1 groupe de couples infertiles, pris au hasard, subdivisé en groupe "organique", et "émotionnel" où un stress émotionnel est à l'origine de l'infertilité.

Les pourcentages de grossesses sont: 56% dans le groupe des adoptants, 55% dans le groupe des "émotionnels", et 45% dans le groupe des "organiques". Sandler conclut que l'adoption a un effet thérapeutique sur la fertilité.

Cette statistique, trop tendancieuse, a suscité de nombreuses critiques: Weir (84), Maï (42), car ces 3 groupes n'ont pas été sélectionnés selon des critères de base, et ne sont donc pas comparables.

William et David Weir publient, en 1966, (84) leurs résultats, après stricte sélection des dossiers.

Ils prennent 736 couples "touts-venant", consécutivement admis à leur "Infertility Clinic" de Cleveland. Après sélection, il reste 433 cas

répondants aux critères suivants: fertilité potentielle, infertilité primaire de 1 an et demi, au minimum, bilan de stérilité établi selon les standards de l'American Fertility Society, observation minimum de 5 ans. Les mêmes facteurs sont étudiés, chez ces couples: âge, durée de l'infertilité, race, religion. Ces bases étant établies, ils peuvent comparer le pourcentage des conceptions dans leur groupe de 197 adoptants, à celui du groupe de contrôle, constitué de 241 couples n'ayant pas adopté. Les résultats sont de 16,2% chez les adoptants, et de 18,2% chez les non-adoptants. La différence de 2% n'est pas significative, et les auteurs concluent: "la présence physique d'un enfant au foyer d'un couple infertile n'augmente pas les chances qu'une conception se produise."

Les travaux des Néerlandais Schellen et Sassen, publiés en 1967 (72) qui établissent le pourcentage-record de 65% de couples devenus fertiles après adoption, prêtent beaucoup à critiques. Ils ne donnent aucune indication sur la sélection des 56 couples adoptants. Ils ne présentent aucun groupe de référence.

Ce n'est pas le cas du travail des anglais Humphrey et Mac Kenzie (37) paru la même année. Ils étudient 520 couples suivis à l'Infertility Clinic de Colchester, entre 1955 et 1964. Ils sélectionnent 216 couples, inventoriés par questionnaire. Les réponses leur permettent de distinguer 3 groupes:

- le groupe fertile (83 couples) où un enfant a été conçu, entre 3 mois et 11 mois après la première consultation
- le groupe des parents adoptifs (59 couples) où le pourcentage de fertilité post-adoption est de 10%
- le groupe resté sans enfants (74 couples)

Humphrey et Mac Kenzie pensent que l'adoption "pourrait" aider la guérison de l'infertilité psychogène.

Raymont, Arronet et Arrata (65) suivent une démarche assez semblable. Ils étudient 500 couples vus à leur Infertility Center, en 10 ans. Ils considèrent les 260 couples (52%) qui ont conçu un enfant, et les 240 couples (48%) qui n'ont pas eu d'enfants.

Il y avait 28 adoptants, dans le groupe des couples féconds, dont 16, seulement avaient adopté avant que se produise la grossesse; alors qu'il y a 59 adoptants chez les couples demeurés sans enfants. Pour ces auteurs, l'adoption n'a pas d'effet thérapeutique pour les couples stériles.

Cet article ayant subi quelques critiques, en 1974, Arronet reprend, avec Bergquist et Parekh (2) les dossiers, et sélectionne 533 couples qui n'ont pas de cause évidente de stérilité. Parmi eux, 133 couples (25%) ont adopté. Les 400 couples qui n'ont pas adopté constituent le groupe de contrôle. L'analyse statistique montre que les pourcentages de grossesse sont de 66% dans le groupe des non-adoptants, contre 20% dans le groupe des adoptants.

Leur conclusion demeure que la valeur thérapeutique de l'adoption est spéculative et dénuée de preuves.

En 1971, François M. Mai (42) publie une revue critique de la plupart des articles cités ci-dessus. Ses arguments sont surtout d'ordre méthodologique. Il critique le principe du questionnaire envoyé par courrier; il démontre l'impossibilité d'établir un groupe de contrôle réellement comparable au groupe des adoptants, et il insiste sur la non-représentativité des échantillonnages.

Parmi ses remarques, l'une très originale, mérite d'être retenue. Il note qu'aucun des auteurs n'a jamais envisagé la possibilité que l'adoption puisse avoir un effet négatif sur la fertilité, chez certains couples. Il en découle que toute tentative de démonstration de l'effet positif de l'adoption sur la fertilité est impossible, puisque les cas inverses ne peuvent être identifiés et exclus. Il conclut: "la relation entre l'adoption et la conception reste, dans l'état actuel de nos connaissances, une question ouverte."

Il ressort de cette revue de la littérature consacrée aux enquêtes statistiques, que les résultats en sont contradictoires, et que les méthodes utilisées sont trop diverses pour qu'une conclusion globale puisse en être tirée.

L'ambition de ces auteurs anglo-saxons était d'apporter des preuves qu'une relation de causalité pouvait exister ou non, entre l'adoption et la résolution de l'infertilité; or, il apparaît que cette ambition était démesurée, concernant un domaine aussi difficile à rationaliser que le domaine psycho-somatique.

Q U A T R I E M E P A R T I E
=====

ANALYSE ET CONCLUSIONS

Notre travail, et ses 8 observations, ne peut rivaliser avec toutes les publications que nous venons de passer en revue, qui ont requis tant de moyens, d'envergure, et de temps.

Nous ne pouvons que relever les quelques points de similitude que nous avons retrouvé, au cours de notre propre enquête, afin d'en tirer certaines conclusions.

1- Désir d'enfant et stérilité

Nous avons entendu, à chaque entretien, répéter la phrase: "Nous nous sommes mariés pour avoir des enfants, parce que nous voulions des enfants.", qui montre bien le poids des normes socio-culturelles, alors que se révélait, chez certains de ces couples, une peur de la maternité, ou souvent, une peur de la paternité. Certains maris affichaient leur caractère "fataliste", devant le sort qui faisait de leur couple, un couple stérile, cette résignation, trop facile, devant la fatalité recouvrant une absence de réelles motivations de leur désir d'enfant.

Dans une de nos observations [5] le désir d'enfant, en tant que symbole de puissance est apparu de façon particulièrement évidente. Dans la plupart des autres, nous avons retrouvé des indices de l'enracinement du désir d'enfant dans les désirs oedipiens incestueux, avec prédominance de la figure paternelle, [1] ou maternelle, [2] et [3], et dans 2 cas, [4] et [5], de nettes tendances narcissiques.

Nous pouvons penser que la persistance de ces conflits oedipiens, ou pré-oedipiens, est certainement à l'origine des difficultés psychologiques éprouvées, face à la sexualité et la maternité; mais notre manque de formation analytique ne nous permet pas de pousser plus loin les investigations.

Nous avons montré l'existence d'une étroite relation entre désir ou refus de maternité, d'une part, et désir ou absence de désir d'enfant, d'autre part; cette absence de désir d'enfant nous paraît être le fondement de la stérilité. Crainte et refus de la maternité, ou au contraire, désir excessif, aboutissent au même résultat: un état d'angoisse, inhibiteur de la fécondité.

C'est la réponse que nous pensons pouvoir apporter à la question de la nature de l'inhibition de la fécondité.

Ces couples, pour la plupart, affichaient apparemment un besoin d'enfant, et recherchaient avec plus ou moins d'opiniâtreté la guérison de leur stérilité, alors qu'inconsciemment, ils redoutaient la grossesse, à cause de ses implications avec la sexualité. Ce qui illustre bien la différence entre besoin d'enfanter et besoin de mater.

Dans le premier cas, il s'agit du prolongement du libre exercice d'une sexualité épanouie, et dans le second, la sexualité étant refoulée et escamotée, l'adoption, seule, permet l'accession à la maternité, sans avoir à passer par une sexualité interdite.

2- Intervention médicale

Pour un couple qui consulte pour stérilité, le comportement du médecin et sa thérapeutique, ne sont jamais anodins.

Comme le font remarquer Jean Cohen et Raoul Palmer, (20) "la difficulté majeure de l'appréciation des facteurs psychologiques d'une stérilité est que le médecin est à la fois juge et partie."

En effet, il doit tenter de discerner quels sont les facteurs psychologiques qui ont influencé la stérilité, tout en étant conscient du fait que ses propres actes peuvent retentir, par la voie psychologique, sur ces mêmes facteurs.

Le médecin peut être perturbateur, comme il peut être bienfaiteur.

2-1- Médecin-perturbateur

Dans l'agressivité que nos patientes témoignent envers les médecins, nous voyons le reflet de ce rôle négatif.

L'une s'est plainte d'avoir été "menée en bateau pendant 9 ans", l'autre d'avoir été "exploitée", etc...

Nous avons constaté effectivement la longueur de la plupart de ces "traitements": 9 ans, 12 ans, ... d'autant plus mal supportés qu'ils n'aboutissent qu'à des échecs.

Nous n'avons pas eu l'occasion de constater des perturbations comme celles qu'évoquent Jean Cohen et Raoul Palmer. [20] obnubilation de la courbe thermique, inhibition de l'ovulation ou impuissance induites. Mais à travers le témoignage de Mme H. [6], nous avons pu entrevoir la conséquence de la cristallisation de l'angoisse du couple sur la fonction génitale, et le caractère fonctionnel et utilitaire que prennent les rapports sexuels. Le couple tente de contrôler sa sexualité, qui devient orientée uniquement vers la procréation.

Le médecin, avec sa courbe thermique et ses conseils techniques surajoute à cet auto-contrôle, un super contrôle médical, qui aggrave la désérotisation de la sexualité.

2-2- Médecin-bienfaiteur

Mme T. [2] se plaint amèrement de n'avoir pas trouvé auprès des médecins le soutien qu'il lui fallait, et de n'avoir pas été mise en confiance; peut-être parce qu'elle n'était pas elle-même capable de recevoir ce soutien, à cause de son agressivité. Mais cependant, ce récit illustre bien l'importance de la relation médecin-malade, dans la consultation de stérilité.

Le couple stérile qui vient solliciter l'aide du médecin, fait appel au savoir et à la puissance médicale, et par cette demande, il se met en position infantile.

Maintenir les patients dans cette position, sous la coupe de l'autorité médicale ne les aide pas. Il est essentiel, pour le couple stérile d'arriver à prendre conscience de ce qu'il attend réellement du médecin, et le médecin doit avoir l'attitude d'écoute qui permet à cette demande d'être reçue.

Cette attitude est prônée actuellement, par la plupart des auteurs.

Pierre Muller (52) donne la même importance au traitement somatique, (parfois à la pause thérapeutique), à la psychothérapie, et à la confiance que le médecin inspire. Il fait appel à une psychothérapie simple, utili-

-sant un langage banal et courant, compréhensible de tous; tout comme Jean cohen et Raoul Palmer, qui veulent rassurer, et permettre à la patiente de s'exprimer.

Willy Pasini(59) est partisan d'une intervention simple, mais constante de psychologie médicale, au début des investigations pour stérilité, reposant sur un ou deux entretiens à bâtons rompus, occasions de moments émotionnels intenses, dus à la "présence profondément accueillante du médecin, accompagnée de toute la puissance magique conférée par sa fonction médicale, et le rôle que la femme stérile lui attribue."

L'attitude relationnelle de Jean Reboul(66) veut qu'il repousse l'interrogatoire traditionnel, au profit d'une écoute et d'un dialogue, qui laisse le temps au malade de s'exprimer. "Pour aborder la vie du couple, il faut attendre et saisir le moment favorable."

L'enseignement que nous avons retiré de nos observations, quant à notre attitude face aux couples stériles, nous confirme qu'une certaine qualité d'écoute peut répondre, parfois à la demande de nos patients, mais nous fait prendre conscience de nos limites.

Pour la plupart de ces patients, l'écoute la plus attentive, le meilleur accueil, et la sympathie la plus chaleureuse, n'auraient pas été suffisants, pour les aider à résoudre les conflits, trop profonds, et trop bien masqués par des mécanismes de protection.

Il est vraisemblable que, dans ces cas, l'adoption a été la seule solution possible pour annuler ces conflits.

3- Adoption

Les témoignages concordent tous sur l'effet de l'arrivée au foyer de l'enfant adoptif: satisfaction, plénitude, accomplissement, etc..., et tous répètent: "Nous étions heureux", signifiant bien le caractère misérable de leur état affectif antérieur.

Ce renversement de situation présente un aspect typique: il se fait du jour au lendemain; avant, il n'y avait rien, que l'échec, l'incapacité, et, l'instant d'après, il y a l'enfant, et le monde est changé.

Mme C.[3] nous a d'ailleurs dit que le monde s'était ouvert pour elle, et qu'elle s'était mise à parler aux voisines, qu'elle avait ignorées jusque là, le contact s'étant établi, grâce à l'enfant.

Cet avènement soudain du bonheur, ce changement si brutal, amènent certainement une expérience émotive si intense, que rien d'autre ne peut l'égaliser.

Un autre aspect de l'adoption a bien été marqué dans certains récits: on ne peut rien prévoir de ce que sera cet enfant, ni à quelle date on le recevra, ni quel sera son âge, et parfois même sa race. Cet enfant, c'est l'inconnu.

Les parents adoptifs, contrairement aux autres parents, sont dépouillés de toute attache héréditaire entre l'enfant et eux. Ils doivent renoncer à l'espoir de se reconnaître dans l'enfant.

Chaque individu porte en lui le portrait-robot de l'enfant qu'il aimerait avoir; selon les circonstances, il se dit que son enfant sera comme ceci, ou, au contraire, qu'il ne ressemblera pas à cela.

Au moment de la naissance de l'enfant réel, en général, chaque parent abandonne cette image, et reconnaît à l'enfant nouveau-né son originalité, issue de l'entrecroisement de deux généalogies.

Mais les parents adoptifs, eux, ne subissent cette évolution, qu'au moment où ils prennent la décision d'adopter. A ce moment, dit A. Beetschen(8) se réalise le deuil de l'enfant imaginaire.

Et c'est parfois ce renoncement, qui permet à un certain nombre de grossesses de se produire.

Enfin, l'adoption marque l'accession à la maternité. Beaucoup de femmes nous ont dit: "J'avais un enfant à moi, j'étais devenue une maman". Nous avons vu, même, certaines femmes tenter de donner à cette pseudo-maternité tous les caractères d'une véritable gestation: "Je l'ai attendu 12 ans, c'est comme si je l'avais porté 12 ans", "Mes grossesses de 3 ans"

Par tous ces caractères particuliers, le changement apporté par l'adoption consiste en une inversion soudaine et totale de la situation affective, morale et sociale du couple. On comprend qu'un tel bouleversement puisse se répercuter au niveau de l'inconscient, et annuler les interdits. Nous rappellerons le cas de Mme A. [1], qui souffrait de vaginisme, pour qui un autre bouleversement s'est superposé à celui de l'adoption: le deuil du père, circonstance bien connue pour coïncider fréquemment avec une grossesse, chez la fille.

Quant au rôle joué par l'organisme d'adoption, nous pensons qu'il ne peut être comparé en rien avec ce qui se passe dans d'autres pays, comme les USA. En France, il s'agit d'une administration publique. Pour les candidats à l'adoption, elle représente l'état, la société. Or, ces couples qui souffrent de leur stérilité, sont en position de revendication, ils trouvent que les choses vont mal, que la société est mal faite. Ils projettent leur agressivité sur l'organisme auquel ils sont obligés de s'adresser, et qui détient le pouvoir de leur refuser ou de leur accorder l'enfant désiré. Nous avons retrouvé presque constamment cette attitude agressive et revendicatrice. Une fois l'adoption obtenue, cette administration est rejetée, son rôle terminé; les parents adoptifs ne veulent plus en entendre parler, et cherchent à l'oublier.

4- Grossesses-surprises

Nous avons constaté que ces grossesses se sont toutes produites de la même façon: par surprise; nous avons fait le rapprochement avec d'autres circonstances amenant des grossesses-surprises.

Pierre Muller (52) rappelle qu'il y a une cinquantaine d'années, il était relativement fréquent de constater une grossesse survenant chez une personne mariée depuis dix, quinze, voire vingt ans, n'ayant jamais fait quoique ce soit contre ni pour une éventuelle fécondation; il pense qu'elles correspondaient à l'apaisement, résultant de la conviction que la femme avait acquise d'une stérilité irréversible. Il fait référence également aux guérisons de stérilités de longue durée, dans les semaines suivant une cure thermale, ou un pèlerinage, qui amènent un regain d'espoir.

Jean Cohen et Raoul Palmer (20) citent le cas de femmes stériles, qui ont ovulé, et sont devenues enceintes, durant le cycle où a été pratiquée une Hystérogaphie, une insufflation, ou une banale traction sur le col, au moyen d'une pince de Pozzi. Ils évoquent aussi ces grossesses qui surviennent après des années de traitements infructueux, quand le gynécologue annonce qu'il n'y a plus rien à faire.

Gabriel Ayala(4) voyant se répéter, à chaque retour de vacances, l'accroissement du nombre de grossesses, survenant chez des couples suivis pour stérilité, entreprend une étude soigneuse de ces dossiers, et conclut que cette augmentation est bien réelle, et significative. Il attribue ces guérisons au repos, à l'éloignement du médecin, et surtout à la "normalisation" des rapports conjugaux.

Toutes ces circonstances ont en commun avec l'adoption, la rupture de la situation angoissante, et, ce changement salutaire prend alors la valeur symbolique de FIN d'une époque néfaste.

C O N C L U S I O N S
=====

CONCLUSIONS

De la confrontation de nos propres résultats à ceux relevés dans la littérature, il ressort :

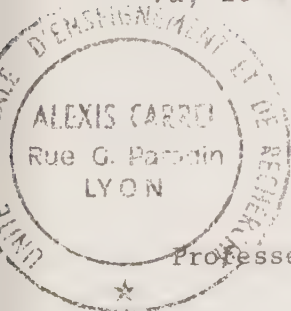
- que l'inhibition de la fécondité de ces couples relève d'une perturbation du désir d'enfant : absence de désir d'enfant, (plus exactement, absence de désir d'enfanter) ou, au contraire désir excessif, de type obsessionnel
- que l'intervention du médecin peut amener de profondes perturbations, au sein du couple stérile, et que la qualité de son écoute est déterminante
- que l'adoption a été la seule solution possible, capable d'annuler l'inhibition de la fécondité de ces couples, en provoquant une rupture de la situation de couple stérile
- que ces grossesses après adoption sont à replacer dans le cadre plus général des grossesses-surprises, dont elles sont un exemple extrême.

Le Président de la Thèse

L. J. Roeder

Doyen de la Faculté de Médecine

Vu, le ~~XXXXXXXXXXXX~~ 1977, par le Directeur de Thèse ALEXIS CARREL



Professeur R. MOPNEY

Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 20 08 1977
Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales.



B I B L I O G R A P H I E
=====

B I B L I O G R A P H I E

- (1) - ANDREWS Roberta
Adoption and the results of infertility
Fertil. Steril., 1970, 21, n° 1, 73-76
- (2) - ARRONET G.H., BERGQUIST C.A. and PAREKH A.C.
The influence of adoption on subsequent pregnancy in infertile marriage
Internat J. Fertil., 1974, 19 (3), 159-162
- (3) - ARONSON H.G. and GLIENKE C.F.
A study of the incidence of pregnancy following adoption
Fertil. Steril., 1963, 14, 547-553
- (4) - AYALA Gabriel
Stérilité - vacances - fertilité
Gynécologie, 1974, XXV, n° 2, 211-212
- (5) - BAILO P.
Female psychogenic sterility and adoption
Quad. Clin. Ostet. Ginec.
1963, 18, 264-272
- (6) - BANKS A.L.
Does adoption affect infertility
Internat J. Fertil., 1962, 7, 23
- (7) - BANKS A.L., RUTHERFORD R.N. and COBURN W.A.
Fertility following adoption - report of 31 cases
Fertil. Steril., 1961, 12, 438-442
- (8) - BEETSCHEN A
Sur le désir d'enfant
21ème session des journées de perfectionnement des sages-femmes
Maternité - Ecole de Sages-femmes
1976, Hôtel-Dieu, LYON
- (9) - BELAISCH J.
Réflexions sur les stérilités présumées psychogéniques.
Revue de Médecine, 1970, 33, 1931-1938
- (10) - BELAISCH J.
Troubles de la spermatogénèse d'origine psychologique
Gynécologie, 1974, XXV, n° 2, 139-142
- (11) - BENEDEK T., HAMM G.C., ROBBINS F.P., RUBENSTEIN B.
Some emotional factors in infertility
Psychosom. Med., 1953, 15, 485.

- (12) - BERGER David
The role of psychiatrist in a reproductive biology clinic
Fertil. Steril., 1977, 28, 2, 141-145
- (13) - BLUM L.H.
Sterility and the magic power of the maternal figure
J. New. Ment. Dis., 1959, 128, 401-408
- (14) - BOS C. and CLEGHORN R.A.
Psychogenic sterility
Fertil. Steril., 1958, 9, 84-98
- (15) - CABALLERO A.
Stérilité conjugale sans cause apparente
Rev. fran. Gynec. Obst., 1965, 12, 733-753
- (16) - CARR G.D.
A psychosocial study of fertile and infertile marriages
Univ. Southern California
Unpublished doctoral dissertation. Los Angeles 1963
in PLATT and all.
- (17) - CHOMBEART DE LAUWE M.J. et P.H., HUGUET M., PERROY E., BISSERET N.
La femme dans la société - Travaux du groupe d'ethnologie sociale
CNRS.
- (18) - COOPER H.
Psychogenic infertility and adoption.
S. Afr. Med. Journal, 1971, Vol. 45.
- (19) - COHEN-SOLAL J.
Comprendre et soigner son enfant
Ed. Laffont, 1975
- (20) - COHEN J. et PALMER R.
La stérilité
Cahiers Sandoz. 1973.
- (21) - CURTIS J.L.
A psychiatric study of 55 expectant fathers
US Armed Forces Med. J., 1955, 6, 937
- (22) - DEUTSCH H.
Psychologie des femmes
P.U.F., 1949, Tomes 1 et 2.
- (23) - DEUTSCH H.
Psychoanalysis of the neuroses
London, Hogarth, 1932
- (24) - DE WATTEVILLE H.
Psychologic factors in the treatment of fertility
Fertil. Steril., 1957, 1, 8-12

- (25) - DOLTO F.
La g n se du sentiment maternel,  clairage psychanalytique.
Bull. Off. Soc. Franc. Psycho. Prophyl. Obstet., 1967, 32, 43-55
- (26) - DUNBAR H.F.
Emotions and bodily changes
New York, Columbia Univ. Press., 1938
- (27) - EISNER B.G.
Some psychological differences between fertile and unfertile women
J. Clin. Psychol., 1963, 19, 391.
- (28) - ELIA D.
La stérilité et ses remèdes
Hachette 1977.
- (29) - FREUD S.
La vie sexuelle
P.U.F. 1969.
- (30) - FREUD S.
La féminité - in Nouvelles conférences sur la psychanalyse.
N.R.F. 1952
- (31) - GREER G.
La femme eunuque
Laffon 1970.
- (32) - GREENHILL J.P.
Emotional factors in female infertility
Obstet. and Gynec., 1956, 7 (6), 602-607
- (33) - GRINKER R.R. and ROBBINS F.D.
Cliniques psychosomatiques
P.U.F. 1959, p. 258
- (34) - GRUNBERGER B.
Le narcissisme. essais de psychanalyse
Pk Biblioth se Payot
- (35) - GUERY M.F., LERICHE A.M., COHEN J.
Incidences psycho-sexuelles des traitements pour stérilité.
Contraception, Fertilité, Sexualité, 1975, Vol. 3, n  5, 333-338
- (36) - HANSON F.M. and ROCK J.
The effect of adoption on infertility and other reproductive functions
Am. J. Obstet. and Gynec., 1950, 59, 311
- (37) - HUMPHREY M. and MACKENZIE K.M.
Infertility and adoption. follow up of 216 couples attending a hospital clinic
Brit. J. Prev. Soc. Med., 1967, 21, 90

- (38) - KAPLAN R.A. and al.
Adoption in an infertility clinic
Conn. Med., 1973, 37, 563-565
- (39) - KNIGHT R.P.
Some problems involved in selecting and rearing adopted children
Bull. Menninger. Clin., 1941, 5, 65-74.
- (40) - LANGER Marie
Maternidad y sexo
Ed. Nova, 1951, BUENOS-AIRES
- (41) - LAUNAY C., SOULE M. et WEILL S.
L'adoption - Données médicales, psychologiques et sociales.
Ed. Sociales Françaises, 1968.
- (42) - MAI François M.
Conception after adoption : an open question
Psychosom. Med., 1973, 33, n° 6, 509-514.
- (43) - MALINOWSKI
Sex and repression in savage society
New York
- (44) - MASTERS W.H. and JOHNSON W.E.
Les mésententes sexuelles et leur traitement
Laffont 1971
- (45) - MENNING Barbara Eck.
The infertile couple. a plea for advocacy
Child. Welfare, 1975, 54, 6, 454-460
- (46) - MENNINGER K.A.
Somatic correlations with the unconscious repudiation of femininity in women
J. New Ment. Dis., 1939, 89, 514-527
- (47) - MENNINER W.C.
The emotional factors in pregnancy
Bull. Menninger. Clin., 1943, 7, 15-24.
- (48) - MICHEL-WOLFROMM Hélène
Psychisme et stérilité : étude critique
Rev. franc. Qynec. Obstet., 1953, 5, 6.
- (49) - MICHEL-WOLFROMM Hélène
Etude psychologique du couple stérile.
Intern. Congress Series
n° 33, Excerpta Medica Foundation, 1961,
- (50) - MICHEL-WOLFROMM H.
Gynécologie psychosomatique
Masson 1963

- (51) - MOHR F.
Psychophysische Behand Lungsmethoden
Leipzig, Hirzel 1925.
- (52) - MULLER Pierre
Les stérilités de la femme d'origine psychogène.
Contraception, fertilité, stérilité 1977, 5, 421-426.
- (53) - NOYES R.W. and CHAPNICK E.M.
Literature in psychology in infertility. A critical analysis.
Fertil.Steril., 1964, 15, 543.
- (54) - ORR D.W.
Pregnancy following the decision to adopt
Psychosom. Med., 1941, Vol. 3, n° 4, 441-446.
- (55) - O'SULLIVAN J.F.
The elderly primigravida
Journ. Obstet. Gynecol. Brit. Commonwealth, 1960, 67, 1, 265.
- (56) - PASINI Willy
Le désir de grossesse, fil d'Ariane de la gynécologie psychosomatique.
Med. et Hyg., 1971, 29, 1, 1393-1397.
- (57) - PASINI W.
Aspects physiologiques de la stérilité et leur traitement.
Praxis, 1973, 62, n° 48, 1486-1492
- (58) - PASINI W.
Sexualité et gynécologie psychosomatique
1974, Masson.
- (59) - PASINI W.
Réactions psychologiques à la stérilité.
Contraception, fertilité, sexualité, 1976, Vol. 4, N° 7, 603.
- (60) - PASINI W.
Désir d'enfant et contraception
1974. Casterman (via)
- (61) - PLATT J., FICHER I, SILVER M.
Infertile couples : personality traits and self-ideal concept discrepancies
Fertil. Steril., 1973, 12, 24.
- (62) - PORTER R.G. and PORTER M.P.
Predicting the time required to conceive.
Population studies, 1964, Vol 28, n° 28, table I
- (63) - RACAMIER P.C.
Maladies des fonctions reproductrices de la femme.
E.M.O. Psychiatrie, 2, 1955. 37 490 C 10.

- (64) - RACAMIER P.C.
Mythologie de la grossesse et de la menstruation
Evol. Psychiat., 1955, 20, 2, 285-297.
- (65) - RAYMONT A., ARRONET G.H., ARRATA N.
Review of 500 cases of infertility
Internation. J. Fertil., 1969, 14, 141-153
- (66) - REBOUL Jean
Les stérilités féminines psychogènes
Cah. Med., 1975, Tome 1, n° 10, 727-729
- (67) - REBOUL Jean
La femme, le médecin et la stérilité
Ed. Lesot, 1976.
- (68) - ROBBINS L.L.
Suggestions for the psychological study of sterility in women
Bull. Menninger Clinic., 1943, Vol. 7, 41-44
- (69) - ROCK J., TIETZE C., MAC LAUGHLIN H.
Effect of adoption on infertility
Fertil. Steril., 1965, 16, 305-312.
- (70) - SANDLER B.
Conception after adoption : a comparison of conception rates
Fertil. Steril., 1965, 16, 313-333
- (71) - SARTRE J.P.
Sartre et les femmes - Entretien avec Catherine Chaine
Nouvel Observateur, 31.01.1977.
- (72) - SCHELLEN T.M. and SASSEN G.M.
Improved fertility after adoption.
Excerpta Medica Foundation. International Congress Series, 1967, 133, 859-864
- (73) - SCHIRREN C., VON ZSUFFA M.
Ergabnisse von adoptionen bei infertilen eben
Med. Welt, 1974, 25, 398-400.
- (74) - SELLHEIM H.
Geniötsverstimmungen der frau eine Medizinischjuristische studie
Stuttgart Enbe, 1930.
- (75) - SEWARD G., WAGNER P., HEINRICH J., BLOCK S., MYERIIOFF H.
The question of psychophysiologic infertility : some negative answers
Psychosom. Med., 1965, 27, 533-545.
- (76) - SOULE Michel
Contribution clinique à la compréhension de l'imaginaire des parents -
A propos de l'adoption ou le roman de Polyte et Mérobe.
Rev. Franç. Psychanalyse, 1968, 3, 419-464.

- (77) - SOULE Michel et NOEL Jeanine
Les problèmes psychologiques de la stérilité et ceux de l'adoption.
G.M. de France, 1970, tome 77, n° 28, 6057-6066.
- (78) - SOULE Michel et NOEL Jeanine
L'adoption en 1975.
Revue Neuropsych. infantile, 1976, 4, n° 3, 119-126.
- (79) - SOULE Michel
Il faut démythifier l'adoption
Les dossiers du Quotidien n° 34 - Quotidien du Médecin, 1977, n° 1513
- (80) - SULLEROT Evelyne
La sexualité des Français d'aujourd'hui.
Cahiers de sexologie clinique, 1977, vol. 3, n° 18, 589.
- (81) - TYLER E.T., BONAPART J., GRANT J.
The occurrence of pregnancy following adoption
Fertil. Steril., 1960, II n° 6, 11, 581-589.
- (82) - VAN KEEP P.A. et SCHMIDT-ELMENDORFF M.S.
Le bonheur conjugal et la stérilité involontaire.
Contraception, fertilité, sexualité, 1976, Vol 4, n° 1, 57-64
- (83) - WEINSTEIN E.A.
Adoption and infertility
Am. Soc. Rev., 1962, 27, 408.
- (84) - WEIR W.C. and WEIR D.R.
Adoption and subsequent conceptions
Fertil. Steril., 1966, 17, 283- 288.
- (85) - WEIR W.C. and WEIR D.R.
The natural history of infertility.
Fertil. Steril, 1961, 12, 443.

